

**AUDITORIA MEDICO ADMINISTRATIVA EFICIENTE COMO MECANISMO
EFECTIVO EN LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE
ARAUCA**

ROSA ALEXANDRA MORA MUÑOZ

1121822427

NORELY GÓMEZ RONDÓN

1110540526

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD

BOGOTÁ D.C

2021.

**AUDITORIA MEDICO ADMINISTRATIVA EFICIENTE COMO MECANISMO
EFECTIVO EN LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE
ARAUCA**

ROSA ALEXANDRA MORA MUÑOZ

1121822427

NORELY GÓMEZ RONDÓN

1110540526

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALIZALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

ASESOR DE TESIS

DIANA FERNANDA BEJARANO RODRÍGUEZ

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD**

BOGOTÁ D.C

2021.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
INDICADORES.....	10
JUSTIFICACIÓN	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
METODOLOGÍA	17
CAPÍTULO I	18
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CUENTAS MEDICAS	18
MARCO TEÓRICO	18
<i>MARCO HISTÓRICO</i>	18
Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS).	19
Estructura del SGSSS	19
<i>MARCO LEGAL</i>	21
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991	21
LEY 100 DE 1993 CONGRESO DE LA REPÚBLICA	21
LEY 1122 DE 2007 CONGRESO DE LA REPUBLICA	21

LEY 1231 DE 2008 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	21
LEY 1438 DE 2011. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	21
DECRETO LEY 1281 DE 2002 CONGRESO DE LA REPÚBLICA.....	21
DECRETO 2423 DE 1996 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	21
DECRETO 3260 DE 2004 MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL	21
DECRETO 1011 DE 2006 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	21
DECRETO 4747 DEL 2007 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	22
DECRETO 2242 DE 2015 MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO	22
DECRETO 780 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL	22
CÓDIGO DE COMERCIO	22
RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	22
RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	22
RESOLUCIÓN 3374 DE 2000 MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	22
RESOLUCIÓN 0951/2002 MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL	22
RESOLUCIÓN 3047 DE 2008: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	22
RESOLUCIÓN 3099 DE 2008 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	23
RESOLUCIÓN 416 DE 2009 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	23
RESOLUCIÓN 4331 DE 2012 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	23
RESOLUCIÓN 0084 DE 2021 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	23
CIRCULAR EXTERNA 46 DE 2018 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	23
ACUERDO No. 256 DE 2.001 INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES.....	23
ESTATUTO TRIBUTARIO ARTÍCULO 617 REQUISITOS DE LAS FACTURAS.....	23
ACUERDO 260 / 2004 CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	23
ACUERDO 008 DE 2009:.....	24
ACUERDO 3 DE 2009 DE LA CRES	24
ACUERDO 19 DE 2010 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	24

ACUERDO 028 DE 2011 Y SUS ANEXOS 01, 02 Y 03 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	24
ACUERDO 032 DE 2012 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	24
ACUERDO 01 DE 2014 DEL CONSEJO DE LA UNIDAD DE SALUD	24
ANEXO TÉCNICO NO 6 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	24
<i>MARCO CONCEPTUAL</i>	25
La Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad.....	26
Niveles de auditoria	28
-Autocontrol:.....	28
- Auditoría Interna:.....	28
- Auditoría Externa:	28
La auditoría de cuentas medicas	28
CAPITULO II	30
ASPECTOS IMPORTANTES DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA.....	30
<i>Procedimientos de auditoría y pasos para la recopilación de datos.</i>	31
<i>Preparación de un programa de auditoría</i>	32
<i>Tipos de programas de auditoría</i>	32
Programa de auditoría estandarizado.....	32
Programa de auditoría personalizado	33
Programa de auditoría de cumplimiento	33
CAPITULO III	34
RECURSOS NECESARIOS PARA LOGRAR EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA DE CUENTAS	
MEDICAS	34
RECURSO HUMANO.....	34
<i>Auditor medico de cuentas:</i>	34
<i>Audidores administrativos:</i>	35
<i>Auxiliares y técnicos de la salud:</i>	36

RECURSO TÉCNICO.....	36
<i>Software Medico O Sistemas De Gestión Institucional:</i>	<i>36</i>
Administrativos Hospitalarios	36
Administrativos Clínicos	36
Apoyo Clínico Directo	36
Sistemas Más 'Avanzados'	37
<i>Registros médicos electrónicos o historia clínica electrónica</i>	<i>38</i>
<i>Soporte permanente del departamento de sistemas.....</i>	<i>38</i>
CAPITULO IV.....	39
FLUJO DE RADICACIÓN DE CUENTAS Y RESPUESTA A GLOSAS	39
<i>Introducción y fundamentos</i>	<i>39</i>
El hospital como empresa	39
La facturación electrónica en el sector salud	40
Glosas.....	48
<i>Marco legal de cuentas y glosas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i>	<i>51</i>
<i>Modulo (1) flujo facturación y radicación de cuentas de urgencias sin observación y procedimientos</i> <i>ambulatorios:.....</i>	<i>59</i>
<i>Modulo (2) flujo de facturación y radicación cuentas de servicios ambulatorios.....</i>	<i>67</i>
CONCLUSIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS.....	113
ANEXO N°1. MATRIZ DE BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS BASE PARA LA ESCRITURA DE CAPÍTULOS.....	114
ANEXO N°2 MATRIZ 5W1H.....	122
ANEXO N°3 ANEXO TÉCNICO NO. 6, MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACIÓN	123
ANEXO N°4, ANEXO TÉCNICO N°1. INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD	
RESPONSABLE DEL PAGO	142

ANEXO Nº5. RESOLUCIÓN 3047/2008. ANEXO TÉCNICO No2, INFORME DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.....146
.....146

ANEXO Nº6. FORMATO DE RESPUESTAS A GLOSAS150

ANEXO Nº7. OFICIO REMISORIO A GERENCIA INFORMANDO CARTERA PARA PROCESO PREJURÍDICO151

ANEXO Nº8. ACTA DE CONCILIACIÓN DE CARTERA Y/ O ACUERDOS DE PAGO.....152

INTRODUCCIÓN

“Alrededor del 30% de la facturación de la salud en Colombia se devuelve desencadenando la falta de recursos del sector salud para atender con calidad a los pacientes”
(PORTAFOLIO, 2017)

La Constitución Política de Colombia en su artículo 48 la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 48. La ley 100 de 1993 creo el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las instituciones prestadores de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia nacional de Salud. En Colombia desde el siglo pasado, con la ley 100 de 1993 se ha implementado en todas las instituciones de salud el concepto de auditoría médica, con el fin de realizar un seguimiento sistemático y periódico de la calidad y la atención médica

La auditoría de cuentas médicas es un sistema de evaluación que se realiza a los procesos de facturación de los servicios de salud prestados por las IPS, este proceso es llevado a cabo por Auditores Médicos con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades en el proceso de facturación, no solo se debe contar con este tipo de auditoría si no que la misma debe

darse dentro de un proceso eficiente, vista la eficiencia como el lograr que la productividad sea favorable o que se consiga el máximo resultado con un mínimo de insumos o de recursos. En Colombia la auditoría en salud pasó a abordar también la interrelación existente entre la prestación de los servicios de salud y la facturación y cobro de los mismos, en la medida en que el modelo de salud cambió, pasando de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, teniendo como consecuencia la contratación de prestación de servicios, bajo diversas modalidades autorizadas mediante el Decreto 4747 de 2007. (4,5, 7)

El soporte legal a la auditoría en cuentas médicas lo aportan los manuales tarifarios del Gobierno Nacional en el Decreto 2423 de 1996 y del Instituto de Seguros Sociales, Acuerdos 256/ 2001, y 312/ 2004; la Clasificación Única de Procedimiento, en las Resoluciones del Ministerio de Salud y Min protección Social 1896 /2001, 377/ 2004 y 3199/ 2005.

Martínez y Oviedo (2016) opinan que durante los años de vigencia de la Ley 100 de 1993, dedicados a la implementación de procesos administrativos de entidades de salud, más específicamente en el tema de la facturación hospitalaria, auditoría médica de cuentas y recuperación de cartera, han podido obtener un perfil de la problemática del proceso. El común denominador de dicha problemática es la falencia de conocimiento en la normativa establecida por el Estado y de la seguridad social, con referencia a la facturación y la cartera, especialmente en normas de orden público de la misma seguridad social, normas de salud, deficiente conocimiento y aplicación de manuales tarifarios, abusos de la normatividad en contratación y su aplicación adecuada y legal, entre otras causas.

“Las glosas son un punto álgido en el proceso de control de cartera de las instituciones prestadoras de servicios, y aun que el análisis del presente caso es de los años 2016, 2017 y

2018 durante el año de 2020, se lograron compromisos de pago por 56.547 millones de pesos pactados por las IPS y EPS de todo el país durante los meses de abril y mayo gracias a la gestión de la Superintendencia Nacional de Salud, que acercó a las partes de manera virtual a través de las audiencias de conciliación y las mesas de flujo de recursos, así queda reiterada la importancia de llegar a lograr una eficiente auditoría de cuentas médicas en las E.S.E.” SUPERSALUD (2020). Supersalud logró acuerdos por \$56.500 millones entre EPS e IPS. (Comunicado de prensa número 069 del 2020)

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La presente tuvo como marco a la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, perteneciente a la red pública de Arauca municipio capital del departamento de Arauca en Colombia, localizada en las coordenadas geográficas N 07° 05' 25" - W 70° 45' 42", sobre el margen sur del río que lleva el mismo nombre. El proceso de urbanización del municipio de Arauca ha sido notable, como consecuencia de una fuerte migración motivada tanto por actividad petrolera como por la violencia política y desmovilización de Colombia, con una población aproximada de 96.814 habitantes.

La entidad cuenta con un modelo estándar de control interno tipo indicador (ver tablas 1 y 2), el cual es evaluado anualmente por el Departamento Administrativo de la Función Pública y dentro del cual se miden componentes que reflejan el nivel de madurez para gestión de proyectos visto como un conjunto predefinido de áreas de proceso, la medida se da por logros de objetivos genéricos y específicos. También se miden componentes del sistema de calidad. La medición objetiva de los niveles de madurez mejora el rendimiento global de la organización.

INDICADORES

Tabla 1 *Nivel de madurez para gestión de proyectos*

FACTOR	PUNTAJE 2016	NIVEL
ENTORNO DE CONTROL	3,39	INTERMEDIO
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,46	INTERMEDIO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	3,47	INTERMEDIO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	4,19	SATISFACTORIO
SEGUIMIENTO	4,4	SATISFACTORIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	69,55%	SATISFACTORIO

Nota. Extraído de (Rodríguez, 2016)

Tabla 2 Sistema de calidad

REQUISITOS	PUNTAJE CALIDAD 2016
ALCANCE, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	37,5
USUARIOS Y OTRAS PARTES INTERESADAS	64,25
PRODUCTOS Y/O SERVICIOS	62,5
GESTIÓN DE DOCUMENTOS	46,5
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	79,75
INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN	50
MEJORA	84
AVANCE EN EL SOSTENIMIENTO DEL SGC	71,84

Nota. Extraído de (Rodríguez, 2016)

Dentro del portafolio de servicios de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca tiene mención especial la capacidad instalada en el área de urgencias, internación hospitalaria, hospitalización por pediatría, cuidado intensivo e intermedio adulto y neonatal, junto con sus servicios complementarios. (Ver tablas 3,4,5 y 6)

Tabla 3 Capacidad Instalada E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca (Portafolio de servicios 2016)

N. médicos Urgencias	Horas contratadas día	No. De consultorios
18	6	4
Cama de urgencias	No. camas	Sujeto a la Demanda
Adultos	23	
Pediátricas	15	
Obstétricas	15	
Aislamiento	2	
Total camas	55	

Nota. Extraído de (Portafolio de servicios, 2016)

Tabla 4 *Servicios hospitalarios*

Servicios hospitalarios	No. camas
Hospitalización Pediatría	18
Hospitalización Adultos	67
Obstétricas	9
UCI Adultos	4
UCI Neonatos	4
UCI Intermedio Neonatal	4
Cuidado básico Neonatal	10
Aislamiento	3
Total de camas	120

Nota. Extraído de (Portafolio de servicios, 2016)

Tabla 5 *Servicios de apoyo*

Servicios	Cantidad
Laboratorio	1
Servicio transfusional	1
Farmacia	2
Patología	1
N. sala de cirugía	3
N. sala de partos	1
Rayos X	3
Ecógrafos	4
Tomografía	2
Mamografía	1
Electrocardiógrafo	2
Electroencefalograma	2
Monitoreo fetal	2
Ambulancias básicas	5
Ambulancias Medicalizadas	2

Nota. Extraído de (Portafolio de servicios, 2016)

Tabla 6 *Suficiencia de red de alta complejidad*

Especialidad	No. Especialistas	Horas Contratadas	No. consultorios
Ginecólogo Oncólogo	1		1

Nota. Extraído de (Portafolio de servicios, 2016)

El hospital San Vicente de Arauca es una empresa social del estado, que presta servicios integrales de salud de mediana complejidad (II nivel), tiene habilitadas 55 camas en el área de urgencias y 120 en el ala de hospitalización, ofertando diferentes especialidades como cirugía general, ortopedia, gineco-obstetricia, cuidado básico neonatal, otorrinolaringología, cirugía plástica, pediatría, cirugía laparoscópica, uci adulto, intermedio y neonatal, aislamiento y cirugía dermatológica.” Hospital San Vicente de Arauca E.S.E (2021).

Según se desprende del informe pormenorizado del estado del control interno vigencia 2016 (Ley 1474 de 2011), durante el periodo evaluado se generaron diagnósticos del estado y cumplimiento de los procedimientos de los procesos de auditoria, cartera y facturación, encontrando dificultades en cuanto al incumplimiento en el reporte de los indicadores de gestión pues este no es oportuno en las áreas de cartera y auditoria médica, debido a que los indicadores con los que cuentan algunos procesos como cartera, facturación y auditoria son muy laxos ya que no dan a conocer la situación de la entidad y no generan información que sea base para la toma de decisiones, también se encontró que hay carencias de políticas de contabilidad para el área de cartera y aunado a lo anterior se detectó la falta de personal con experiencia en el sub proceso de facturación, afectando ostensiblemente los resultados en la radicación de facturación mensual de la entidad, disminuyendo el recaudo de cartera y desmejorando así el flujo de recursos.

JUSTIFICACIÓN

“El Artículo 185 de la Ley 100 del 93 dice “Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera”, y más adelante, en el párrafo dice que, “toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”. Como podemos observar, este sistema de seguridad social en salud nos lleva a un sistema en el cual todas las entidades de salud sean independientes, autónomas y tengan un crecimiento y sostenimiento a partir de la venta de estos servicios. Se cambia el esquema del subsidio de la oferta al subsidio a la demanda. “Ley 100/1993, de 23 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.” Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

Como quedó demostrado en El Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno del año 2016 (Ley 1474 de 2011), el desconocimiento de las normas de ley que regulan las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud, representa una de las causas para el aumento de la glosa en la E.S.E Hospital San Vicente de Arauca, toda vez que en periodo de enero – diciembre de 2016 se evidenciaron 777 glosas, equivalentes a una glosa definitiva de \$1.054.702.703 que representan pérdidas para la institución. Por otro lado, al finalizar este periodo quedo pendiente un total de \$2.437.610.845 pesos en facturas no radicadas, lo cual representa el 6% del total de la facturación de la institución.

Expuesto lo anterior, la presente monografía de investigación tiene como fin establecer la importancia de un programa de auditoría eficiente para la disminución de glosas durante el proceso de facturación de cuentas médicas en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, apoyado en los procesos intrahospitalarios a la luz de la normativa legal vigente.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la importancia de un programa de auditoría eficiente para la disminución de glosas durante el proceso de facturación de cuentas médicas en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la importancia de un programa de auditoría eficiente para la disminución de glosas durante el proceso de facturación de cuentas médicas en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca

Objetivos específicos

- Contextualizar la auditoría de cuentas medicas a la luz de la normativa vigente
- Identificar aspectos que influyen en positiva y negativamente en un programa de auditoria.
- Determinar los recursos necesarios para lograr eficiencia de un programa de auditoría de cuentas medicas
- Establecer el flujo de radicación de cuentas y respuesta a glosas

METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó como monografía de investigación, pertinente para el abordaje de realidades objetivas de la E.S.E. San Vicente de Arauca publicada tanto por la Contraloría Departamental de Arauca grupo de vigilancia fiscal, al igual que la publicada por el mismo hospital relacionada con auditoria de control interno.

Se integran los componentes del informe de glosas contenido en la auditoria regular hecha por la contraloría sobre aspectos como glosas, facturación y cartera, auditorias de control interno practicadas por la E.S.E. Se consolidaron datos anuales 2016, 2017 y 2018 en los que se presentaron fallas en los procesos de facturación y gestión de glosas.

El instrumento para la tabulación y análisis de la información recogida fue Excel, el formato 5W1H (Ver anexo 2 en índice de anexos) fue el implementado para proponer el establecimiento del flujo de radicación de cuentas y respuesta a glosas en razón a que apunta a la solución de los seis cuestionamientos frecuentes para un proceso (Qué, por qué, cuándo, quién, dónde y cómo).

Se acudió a una matriz búsqueda de artículos base para la escritura de los capítulos en donde se desarrollaron los temas del presente estudio, está compuesta por seis artículos de investigaciones de diferentes enfoques sobre el tema (Ver numeral 1 en índice de anexos)

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CUENTAS MEDICAS

MARCO TEÓRICO

MARCO HISTÓRICO

Los sistemas de salud en el sentido en que se entienden hoy día no datan de mucho tiempo atrás, el primer intento para implantar un seguro de salud se dio en la Prusia de Bismarck en la segunda mitad del siglo XIX; no obstante, su expansión sólo tuvo lugar con posterioridad a la segunda guerra mundial, cuando se produjo lo que se ha denominado la primera revolución del sector de la salud, cuando comenzaron los gobiernos a asumir las políticas frente al sector a partir de la búsqueda de tener mayores coberturas para la población. A partir de allí, con la segunda revolución en el sector durante los años 70s y, especialmente, con las frecuentes tentativas de reformas que se han producido desde hace unos tres lustros en todos los países del mundo, el tema de la salud ha venido concentrando la atención de los analistas y de los gobiernos como uno de los elementos esenciales sobre los cuales descansa no sólo el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores de una nación, sino, además, la protección y mejoramiento del capital humano de las economías. En los países de América Latina el interés por la realización de reformas a sus sectores de salud se ubica en los albores de los años noventa y se intensifica a lo largo del decenio. Ministerio de la Protección Social. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud Informe Final Capítulo 1.

La seguridad social nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, la organización de los trabajadores en asociaciones solidarias y sindicatos y la presión de varios

sectores, impulsada por el canciller Alemán Otto Von Bismarck son refrendadas tres leyes sociales, que representan hoy la base del Sistema de Seguridad Social Universal: el seguro contra enfermedad (1883), el seguro contra accidentes de trabajo (1884) y el seguro contra la invalidez y la vejez (1889). Arroyave- Zuluaga I. La organización de la salud en Colombia. Medellín. (Hospital universitario San Vicente de Paul; 2009)

Con la entrada en vigor de la constitución de 1991 Colombia inicia la gran reforma del sector salud hacia 1993, fundada en los preceptos de un modelo de competencia controlada o regulada, dándose una mayor y creciente injerencia del sector privado en asuntos que eran de manejo restringido del estado, así pues, a lo largo de estos 28 años el sector se ha venido acomodando a la implementación de la Ley 100 de 1993 la cual ha sido más bien accidentada si observamos su evolución. De acuerdo con esta Ley, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales junto con los Servicios Sociales Complementarios (Colombia Mayor)

Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país. Brindando a la población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable. (Min. Salud, 2021a)

Estructura del SGSSS

El sistema general de seguridad social en salud está integrado por:

1. Organismos de dirección, vigilancia y control:
 - a) Los Ministerios de Salud y de Trabajo;
 - b) El consejo nacional de seguridad social en salud, y
 - c) La superintendencia nacional en salud;
2. Los organismos de administración y financiación:
 - a) Las entidades promotoras de salud;
 - b) Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, y
 - c) El fondo de solidaridad y garantía.
3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.
4. Las demás entidades de salud adscritas Ministerio de Salud y Protección Social
5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
6. Los beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud en todas sus modalidades.
7. Los comités de participación comunitaria "Copagos" creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.
8. Las demás entidades que por ley apoyan al sistema general de seguridad social en salud

MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia 1991

Ley 100 de 1993 Congreso de la República Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007 Congreso de la Republica Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1231 de 2008 Ministerio de salud y Protección Social Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 de 2011. Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto Ley 1281 de 2002 Congreso de la República Por el cual se expiden las normas Regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación

Decreto 2423 de 1996 Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

Decreto 3260 de 2004 Ministerio de Salud y de protección Social Por el cual se Adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1011 de 2006 Ministerio de salud y Protección Social Por el cual se establece El Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 4747 del 2007 Ministerio de salud y Protección Social Por medio del cual se Regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2242 de 2015 Ministerio de Hacienda y Crédito Público Por el cual se Reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal.

Decreto 780 de 2016 Ministerio de Salud y de protección Social Por medio del cual se Expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Código de Comercio Artículo 774. Requisitos de la factura.

Resolución 5261 de 1994 Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud y de protección Social Por el cual se Establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica.

Resolución 3374 de 2000 Ministerio de Salud y de protección Social Por el cual se Reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados (RIPS).

Resolución 0951/2002 Ministerio de Salud y de protección Social Por la cual se fijan Algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.

Resolución 3047 de 2008: Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de Servicios de Salud y entidades responsables del pago de servicios de Salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 3099 de 2008 Ministerio de salud y Protección Social Por la cual se reglamenta los Comités Técnico-científicos y se establece el procedimiento de Recobro ante el FOSYGA. Reglamentada por la Resolución 3754 de 2008.

Resolución 416 de 2009 Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 4331 de 2012 Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.

Resolución 5221 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social Define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud (POS).

Resolución 0084 de 2021 Ministerio de salud y Protección Social Por la cual se establecen disposiciones para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se adopta el anexo técnico “campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta.

Circular externa 46 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social Sobre la implementación de la factura electrónica, está dirigida a las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), prestadores de servicios de salud (IPS), entidades territoriales (ET), administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud (ADRES), entidades aseguradoras autorizadas para expedir el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y administradoras de riesgos laborales (ARL).

Acuerdo No. 256 de 2.001 Instituto de Seguros Sociales Por el cual se aprueba el manual de tarifas de la entidad promotora de salud del seguro social EPS – ISS.

Estatuto tributario Artículo 617 Requisitos de las facturas. Artículo 618. Obligación de exigir factura o documento equivalente.

Acuerdo 260 / 2004 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Establece el Régimen de Copagos y Cuotas moderadoras.

Acuerdo 008 de 2009: Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Acuerdo derogado por el artículo 82 del Acuerdo 28 de 2011. Adóptese la codificación y nomenclatura de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS– como el único referente para expresar el contenido del POS en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones. En materia de medicamentos se utilizará la codificación descrita en el presente acuerdo y basada en el sistema de clasificación anatómica ATC.

Acuerdo 3 de 2009 de la CRES Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Acuerdo 19 de 2010 Ministerio de salud y Protección Social Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.

Acuerdo 028 de 2011 y sus anexos 01, 02 y 03 Ministerio de salud y Protección Social El Acuerdo 028 es sustituido por el Acuerdo 029 donde se precisan artículos, inclusiones y supresiones al Plan Obligatorio de Salud, alcanzando en total 197 inclusiones.

Acuerdo 032 de 2012 Ministerio de salud y Protección Social Unifica el POS de los adultos entre 18 y 59 años.

Acuerdo 01 de 2014 del Consejo de la Unidad de Salud Por medio del cual se reglamenta y actualiza el Sistema de cobros de Tarifas de las cuotas Moderadoras y Copagos.

Anexo técnico No 6 Ministerio de salud y Protección Social Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, unificación Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

MARCO CONCEPTUAL

Antecedentes

El ejercicio de la auditoría tuvo sus orígenes en tiempos remotos en el deseo de los gobernantes por controlar sus finanzas. Como profesión reconocida, tuvo inicio en Gran Bretaña en 1862 y fue concebida con el propósito de detectar fraudes y corregir errores en los manejos contables de las empresas, papel que entró a ocupar un segundo plano a inicios del siglo XX, cuando se aplicó en la determinación de los estados financieros de pérdidas y ganancias. No pasó mucho tiempo antes que se llevaran los procedimientos de auditoría a las fases de producción de las compañías, se aplicó luego a las actividades de carácter industrial, mejorando su desempeño, bajo el enfoque de la detección de errores y la producción de correctivos tendientes a que las fallas encontradas no se repitieran, generando aprendizaje y posibilitando la mejora continua. La prestación de servicios de salud no fue la excepción, encontrándose evidencia de ello desde mediados del Siglo XIX, cuando se le realizaba control de calidad a los procedimientos anestésicos en Gran Bretaña. Machuca, DA. La Auditoría concepto actual o antiguo. Ciencia y cuidado 2007; 4(4):51-57.

En Colombia en el año 2016 se estableció el decreto 780 donde recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS: conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Orientado a mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (Minsaud, 2016).

El SOGCS está integrado por cuatro componentes así:

- Sistema Único de Habilitación (SUH)
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)
- Sistema Único de Acreditación (SUA)
- Sistema de Información para la Calidad en Salud (SIC).

La Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Los antecedentes del (PAMEC) se remontan a la aprobación de la Ley 1122 de 2007 la cual establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. (Min. Salud, 2021b)

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de

atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios”. Para el cumplimiento de estos propósitos, se desarrollaron “las pautas indicativas de Auditoría” que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 3 ABR 2006)

En las Pautas Indicativas promulgadas se desarrollan los conceptos teóricos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la atención, los cuales son 3:

- La auditoría tiene un enfoque sistémico.
- La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.
- La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente. Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Niveles de auditoría

Los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los Servicios de Salud para las entidades son:

-Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización

- Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

- Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. (Ministerio de Protección Social, 2007)

La auditoría de cuentas médicas

Durante el proceso de auditoría, se debe realizar una validación de las cuentas médicas de acuerdo con lo establecido en la resolución 3047 de 2008 y el decreto 4747 de 2007 y las reglas de negocio de cada convenio, lo que permite asegurar que éstas cuenten con todos los soportes requeridos antes de ser entregados a radicación. La auditoría de cuentas médicas es un sistema de evaluación que se realiza a los procesos de facturación de los servicios de salud prestados por las

IPS, este proceso es llevado a cabo por Auditores Médicos con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades en el proceso de facturación y de relacionamiento entre los diferentes actores del sistema de salud. La auditoría de cuentas médicas tiene como fin el fortalecer el flujo de caja, la calidad asistencial y la relación prestador – asegurador, garantizando que esta relación esté acorde con los parámetros contractuales definidos.

Dentro del marco de las funciones que debe realizar el área de auditoría de cuentas médicas están:

- Recibir las facturas del área de facturación para su revisión
- Velar por el flujo de la facturación interna por servicios
- Realizar la auditoria de las facturas glosándolas o aceptándolas según sea el caso
- Acompañamiento del auditor externo en proceso de la auditoria
- Gestionar la radicación de las facturas según la fecha de corte
- Gestionar la solución de objeciones parciales o totales
- Realización de conciliaciones de las glosas generadas
- Entregar informes periódicos del estado de la facturación como: Pendiente por entregar generados en facturación, Pendientes por Auditoria Médica (Carvajal, T.S, 2021)

CAPITULO II

ASPECTOS IMPORTANTES DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA

Un programa de auditoría es un plan de acción que documenta qué procedimientos se seguirán en una auditoría para constatar que una empresa cumple con las regulaciones internas y externas. Se establece una agenda de las diferentes auditorías que se realizarán en un tiempo determinado. El Programa de auditoría es la planificación de todas las auditorías que se llevarán a cabo dentro de un periodo de tiempo se pondrán fecha a las distintas auditorías que tendrán lugar en la organización, tanto las auditorías internas como externas.

El objetivo de un programa de auditoría es crear un marco que sea lo suficientemente detallado como para que cualquier auditor externo entienda qué exámenes oficiales se han completado, a qué conclusiones se ha llegado y cuál es el razonamiento detrás de cada conclusión. El marco debe explicar los objetivos de la auditoría, su alcance y su línea de tiempo. El programa de auditoría también debe describir cómo los documentos de trabajo la evidencia documentada de la auditoría– serán recopilados, revisados e informados. (Banco Finlandia, 2021)

Los objetivos del programa de auditoría ayudan a la planificación directa del informe de auditoría y se basan en las políticas, procedimientos y directrices exclusivos de la empresa. Estos objetivos pueden relacionarse con y describir cómo los auditores mantendrán la eficiencia, el profesionalismo y un código de conducta específico durante el procedimiento de auditoría.

En algunas organizaciones las auditorías internas se realizarán en un único momento en el tiempo, pero habrá otras organizaciones, que por su tamaño o por decisión interna. Las etapas de un programa de auditoria son:

- determinación del tema.
- definición de los objetivos.
- establecimiento de su alcance y de los tipos de indicadores.
- realización de la planificación previa. (Moncayo C, 2015)

Procedimientos de auditoría y pasos para la recopilación de datos.

El Programa de auditoria debe de ser elaborado por el responsable de la calidad de la organización, generalmente se crea cada año planificando las distintas fechas de auditorías que tendrán lugar durante dicho año (internas y externas).

Del programa de auditoria se desprende el plan de auditoria, que es la descripción de las actividades y de los detalles que se van a examinar en una auditoria, allí se establecen aspectos tales como:

- Qué se va a auditar.
- Alcance de la auditoria.
- Procesos para examinar.
- Duración de la auditoria: hora de comienzo y hora de finalización.
- Quiénes serán los auditores

El plan de auditoria es la guía de lo que se va a hacer y deberá hacer referencia contra qué norma se va a auditar. (Torres. I, 2020)

Preparación de un programa de auditoría

Los detalles del programa de auditoría son específicos para las organizaciones en función de sus necesidades únicas, pero la preparación del plan de auditoría considerará los plazos reglamentarios relevantes de la auditoría, los requisitos del personal y la estructura de informes, y los objetivos generales.

Dichos objetivos considerarán cómo la empresa mantendrá el cumplimiento normativo a través de la evaluación de riesgos y los procedimientos de gestión. El programa de auditoría también debe incluir un cronograma que detalle cuándo deben tener lugar los aspectos específicos del programa de auditoría y cómo deben priorizarse.

La planificación del programa de auditoría es un proceso continuo e interactivo. Durante la planificación y el desarrollo de la auditoría, las empresas pueden aprovechar las lecciones aprendidas de las auditorías anteriores mediante la implementación de las mejores prácticas recientemente aprendidas que alivian el riesgo y mantienen el cumplimiento.

Las pautas de desarrollo de auditoría y las mejores prácticas varían según el tipo de empresa, pero las certificaciones de auditoría locales y regionales están disponibles, al igual que las certificaciones de auditoría reconocidas internacionalmente. Estas certificaciones incluyen Auditor Interno Certificado y Auditor de Sistemas de Información Certificado, y membresía en el Registro Internacional de Auditores Certificados. (Cole. B, 2021)

Tipos de programas de auditoría

Programa de auditoría estandarizado

Es aquel en el que se detallan los procedimientos de auditoría a seguir, en casos o situaciones aplicables a un número considerable de empresas o a todas las que forman la mayoría

de la clientela de un despacho. Estos programas son de gran valor como guías o recordatorios y en varias firmas de contadores, se utilizan por la ventaja de no tener que estarlos formulando para cada trabajo en particular, con la consiguiente reducción de tiempo y costo, ya que se necesitaría personal con bastante experiencia para la elaboración de estos.

Programa de auditoría personalizado

Atiende los procedimientos de auditoría para que coincidan con las necesidades específicas de la entidad de auditoría. Estos programas de auditoría se "personalizan" para hacer referencia a áreas específicas, como procedimientos de negocios, documentos y activos legales. Al enfocarse en estos requisitos específicos a través de programas de auditoría personalizados, la empresa puede identificar más rápidamente posibles fallas de cumplimiento y desarrollar controles internos para compensar estas vulnerabilidades.

Programa de auditoría de cumplimiento

La Auditoría de Cumplimiento AC, es la evaluación independiente, sistemática y objetiva mediante la cual se recopila y obtiene evidencia para determinar si la entidad, asunto o materia a auditar cumplen con las disposiciones de todo orden, emanadas de Organismos o Entidades competentes que han sido identificadas como criterios de evaluación. La AC tiene como objetivo general obtener evidencia suficiente y apropiada para establecer el estado de cumplimiento del asunto o materia en cuestión, frente a los criterios establecidos en el alcance de la auditoría, cuyos resultados estarán a la disposición de los sujetos de control y de los usuarios previstos. (Contraloría General de la República, 2018)

CAPITULO III

RECURSOS NECESARIOS PARA LOGRAR EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MEDICAS

Según Martínez y Oviedo (2016), la facturación y las cuentas medicas son el pilar de la administración en salud del día de hoy. Teniendo esto en cuenta, un programa de auditoría de cuentas medicas debe ser un proceso dinámico y por ende en constante crecimiento cimentado en los recursos necesarios para lograr su cometido.

Con la Auditoría de Cuentas Médicas se busca evaluar de manera sistemática e integral el sistema de facturación y/o documentos referentes, generados en la prestación de servicios de salud. Todo esto, acorde con los parámetros contractuales definidos entre las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). La evaluación de las facturas y documentos equivalentes, generados en la atención, se realiza desde el punto de vista administrativo, médico, técnico y jurídico. Se rige bajo la normatividad vigente y garantiza un alto impacto en la administración del costo médico, como en el mejoramiento de la calidad en la atención que se brinda a los afiliados (Aplisalud, 2020).

Recurso humano

Auditor medico de cuentas:

El auditor de cuentas médicas debe ser profesional médico con postgrado de Auditoría Médica o de servicios de salud que informe a las Directivas los hallazgos para que se disponga

de las medidas necesarias para corregir las fallas detectadas, como parte de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

El auditor interno en el desempeño de su actividad profesional debe cumplir una serie de requisitos: Los más relevantes son su independencia de las actividades que audita; el apoyo de los directivos para ejecutar su trabajo en forma libre y sin interferencias; la objetividad, vale decir, mantener una cierta actitud mental, que le permita tener la honesta convicción que en el producto de su trabajo no exista nada que comprometa la calidad de su labor; debe tener conocimientos, habilidades y destrezas en la aplicación de las normas, procedimientos y técnicas requeridas para la auditoría; ética profesional, para cumplir con normas profesionales de conducta que le imponen patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad. (Osorio. S y otros, 2002)

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el proceso de Cuentas Médicas de las EAPB constituye uno de los procesos más importantes y priorizados para garantizar el control del gasto médico y la racionalización en el uso y pertinencia en la prestación de los servicios de salud, desde una perspectiva normativa, ética y de la labor administrativa para una correcta toma de decisiones gerenciales inmejorables para el desarrollo con calidad y sostenibilidad financiera para el mantenimiento en el mercado. (Sánchez. D, 2017)

Audidores administrativos:

Pueden instrumentarse en todo tipo de organización, sea ésta pública, privada o social, es parte importante del proceso administrativo de toda organización, pues permite hacer un seguimiento del cumplimiento de la gestión que se hace de la empresa.

Realizan actividades operativas y contables en los procesos de producción y revisión de facturación de cuentas médicas, esta área laboral puede ser suplida también por Enfermera auditora cuentas médicas.

Auxiliares y técnicos de la salud:

El auxiliar administrativo en salud podrá afiliar a las personas al sistema general de seguridad social en salud, atender y orientar a los usuarios en los servicios de salud, identificar y admitir al usuario en la red de servicios de salud, facturar la prestación de los servicios de salud, realizar actividades de cartera de servicios de salud, manejar valores e ingresos relacionados con la operación de la institución de servicios de salud, además se podrá desempeñar como: auxiliar de ingreso y recaudo, auxiliar de cuentas médicas, auxiliar de cobranza y facturación en salud, auxiliar de admisión y facturas en salud, promotor de atención al usuario, auxiliar administrativo en instituciones del sector salud. (Politécnico Mayor, 2021)

Recurso Técnico

Software Médico O Sistemas De Gestión Institucional:

Las tecnologías de información, TI de salud constan de una variedad de sistemas como:

Administrativos Hospitalarios: Tales como los de facturación, procesadores de texto, portal web y correo electrónico.

Administrativos Clínicos: Sistemas que ofrecen agendamiento de citas, recordatorios, admisiones de pacientes, información de aseguramiento, sistemas de gestión institucional y de equipos médicos.

Apoyo Clínico Directo: Prescripciones, administración de medicamentos, almacenamiento y recuperación de imágenes. exámenes de laboratorio.

Sistemas Más 'Avanzados': Historias clínicas electrónicas, administración semiautomatizada de medicamentos, sistemas de localización en tiempo real, sistemas de apoyo a la toma de decisiones, acceso punto de atención del proveedor e interoperabilidad de sistemas múltiples. (El hospital, 2015)

En el marco de la denominada Sociedad del Conocimiento, éste se centra como elemento central del nuevo tipo de sociedad, la formación se constituye en el factor más importante. En estas nuevas dinámicas se observa como los profesionales acceden con mayor facilidad a una gran oferta de información, mediada por TIC que han contribuido a la superación de barreras de acceso a la información, potencializando las oportunidades tanto laborales como académicas de los profesionales de Salud. (MERTON. R, 2002)

La gestión con base en un software hospitalario se debe cimentar al menos en ocho módulos pilares así:

- Historia clínica
- Admisiones
- Generación de RIPS
- Hospitalización
- Facturación
- Farmacia
- Paraclínicos
- Agendas y control de citas

Registros médicos electrónicos o historia clínica electrónica

Entre sus ventajas más contundentes se citan: identificación precisa de los pacientes y confidencialidad de sus datos personales; integración con otros sistemas administrativos; disminución de tiempos en tareas administrativas y en el consumo de recursos físicos; mejoramiento de la seguridad jurídica del profesional de la salud; incremento de la calidad y eficiencia del proceso asistencial y de la toma de decisiones; posibilidad de acceder a indicadores de salud en tiempo real, y reducción de errores asociados a la ilegibilidad de la letra. (Castro A, 2015)

Soporte permanente del departamento de sistemas

Las diferentes áreas de una IPS se consideran clientes entre sí, para el caso se convierten en clientes internos a los cuales la ingeniería de sistemas a través de su departamento debe atender, pero ¿Qué es un Departamento de Sistemas? Es la parte o área de una institución que se encarga de proveer de información, así como de las herramientas necesarias para manipularla. Es el departamento que, auxiliado con el equipo de cómputo, es capaz de convertir simples datos en información, es el encargado, de satisfacer las necesidades y preparación computacional a todos los miembros de una empresa, y es el responsable de ofrecer soluciones informáticas y el equipo necesario para su implementación. (Laudon C. & Laudon P, 2012)

La asistencia permanente ya sea por medio del encargado de Soporte técnico o su similar quien gestiona desarrollo de software, o incluso la persona que hace mantenimiento preventivo a las Pc. instalaciones de Hardware y Software junto con revisiones y reparaciones menores son parte integral de un correcto funcionamiento de la auditoria medica de cuentas.

CAPITULO IV

FLUJO DE RADICACIÓN DE CUENTAS Y RESPUESTA A GLOSAS

Introducción y fundamentos

El hospital como empresa

El hospital es la célula fundamental de la prestación de los servicios de salud en cualquier sociedad y se comporta como una empresa productora de servicios hospitalarios, con una función de producción y una serie de entradas que son transformadas en el proceso, lo que da como resultado un producto hospitalario. (Cortés. A, 2010)

Se entiende como empresa, el conjunto de bienes y servicios (humanos, materiales y económicos) que persiguen responder efectivamente a las metas de salud. Se comporta como un ente socio – tecno - económico que busca la utilización más adecuada de sus recursos, optimizando el gasto y el rendimiento por actividad. El hospital se considera como una empresa productora de servicios, que busca el máximo de bienestar del enfermo mediante acciones que son de su responsabilidad. La llegada de las teorías económicas y de mercado al sector salud, hizo brindar un nuevo enfoque a lo asistencial, lo administrativo y lo social, objetivos fundamentales de todo servicio de salud. (García. F, 2006)

Una gestión financiera adecuada debe conllevar a los hospitales al cumplimiento de su misión y visión soportadas en lo social, científico y lo económico, por ello el proceso de facturación se convierte en la herramienta importante que junto con otras aseguren un crecimiento sostenido. El equilibrio en este punto se logra, cuando el total de la producción del hospital es completamente facturado y cobrado, dentro de las condiciones pactadas en la contratación y dentro de los requerimientos técnicos y legales. (Ministerio de salud, 2000)

En un hospital se identifican tres espacios para generación de ingresos:

- **Área de urgencias:** es un espacio con servicio permanente para la atención de urgencias médicas caracterizadas por: Alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por trauma o por enfermedad de cualquier etiología. Genera demanda de atención médica inmediata y efectiva. Tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
- **Hospitalización:** Los servicios de Hospitalización son áreas diseñadas para prestar cuidados básicos y especializados, de manera integral y con altos estándares de calidad, generando una experiencia de eficiencia y seguridad en la atención, tanto al paciente como a su familia. Consulta externa: es un servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos.
- **Consulta Externa:** La Consulta Externa es un servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos (Hospital San Ignacio, 2021)

La facturación electrónica en el sector salud

Teniendo en cuenta que toda la normatividad promulgada por los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es de obligatorio cumplimiento, es importante que para el abordaje del proceso de flujo radicación de cuentas y respuesta a glosas se resalten aspectos fundamentales referentes al tema en los siguientes términos:

El decreto 2242 de 2015 emanado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines

de masificación y control fiscal, estipula dentro de su ámbito de aplicación en su artículo 1: Las personas naturales o jurídicas que de acuerdo con el Estatuto Tributario tienen la obligación de facturar y sean seleccionadas por la DIAN para expedir factura electrónica, las personas naturales o jurídicas que de acuerdo con el Estatuto Tributario tienen la obligación de facturar y opten por expedir factura electrónica y finalmente las personas que no siendo obligadas a facturar de acuerdo con el Estatuto Tributario y/o decretos reglamentarios, opten por expedir factura electrónica. la factura electrónica como el documento que soporta transacciones de venta de bienes y/o servicios y que operativamente tiene lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de las características y condiciones que se establecen en el presente Decreto en relación con la expedición, recibo, rechazo y conservación.

La expedición de la factura electrónica comprende la generación por el obligado a facturar y su entrega al adquirente.

Para efectos del decreto se estipulan las siguientes definiciones:

- **Factura electrónica:** Es el documento que soporta transacciones de venta de bienes y/o servicios y que operativamente tiene lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de las características y condiciones que se establecen en el presente Decreto en relación con la expedición, recibo, rechazo y conservación. La expedición de la factura electrónica comprende la generación por el obligado a facturar y su entrega al adquirente.
- **Obligado a facturar electrónicamente:** Persona natural o jurídica comprendida en el ámbito de este Decreto y que como tal debe facturar electrónicamente en las condiciones que se establecen en los artículos siguientes.

- **Adquirente:** Persona natural o jurídica que adquiere bienes y/o servicios y debe exigir factura o documento equivalente y, que tratándose de la factura electrónica, la recibe, rechaza, cuando sea del caso, y conserva para su posterior exhibición, en las condiciones que se establecen en el presente decreto.
- **Proveedor tecnológico:** Es la persona natural o jurídica que podrá prestar a los obligados a facturar electrónicamente y/o a los adquirentes que opten por recibir la factura en formato electrónico de generación, cuando unos u otros así lo autoricen, los servicios inherentes a la expedición de la factura electrónica, incluida la entrega del ejemplar a la DIAN como se indica en el artículo 7° del presente Decreto, así como los servicios relacionados con su recibo, rechazo y conservación. El proveedor tecnológico deberá surtir el proceso de autorización por parte de la DIAN previsto en el artículo 12 de este decreto.
- **Catálogo de Participantes de Factura Electrónica:** Es el registro electrónico administrado por la DIAN, que provee información de los obligados a facturar electrónicamente dentro del ámbito del presente Decreto, de los adquirentes que decidan recibirla electrónicamente y proveedores tecnológicos, con el fin de facilitar su operatividad.
- **Código Único de Factura Electrónica:** El código único de factura electrónica para las facturas electrónicas, corresponde a un valor alfanumérico obtenido a partir de la aplicación de un procedimiento que utiliza datos de la factura, que adicionalmente incluye la clave de contenido técnico de control generada y entregada por la DIAN. El Código Único de Factura Electrónica deberá ser incluido como un campo más dentro de la factura electrónica. Este código deberá

visualizarse en la representación gráfica de las facturas electrónicas y en los códigos bidimensionales QR definidos para tal fin.

Para las empresas del sector salud, el tema de los sectores de la economía obligados a la facturación electrónica quedo definido en el artículo 10 literal p:

Artículo 10. **Habilitación para expedir factura electrónica.** Para expedir factura electrónica en el ámbito de este Decreto, deberá surtirse el procedimiento de habilitación que señale la DIAN y que contemplará como mínimo las condiciones que se indican a continuación. Quienes se encuentran obligados a facturar electrónicamente serán sancionados por el incumplimiento en los términos y/o condiciones establecidas en este decreto para la adopción y expedición de la factura electrónica, de conformidad con los artículos 684-2 y 657 del Estatuto Tributario y el artículo 183 de la Ley 1607 de 2012.

La DIAN mediante resolución de carácter general seleccionará de manera gradual las personas naturales o jurídicas que deberán facturar electrónicamente de acuerdo con la clasificación de actividades económicas adoptada por la DIAN a través de la Resolución 000139 de 2012 y las que la modifiquen o sustituyan, dentro de los sectores que se definen a continuación:

Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social. Literal P

La circular externa 46 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección (2018), trata sobre la implementación de la factura electrónica y está dirigida a las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), prestadores de servicios de salud (IPS), entidades territoriales (ET), administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud (ADRES), entidades aseguradoras autorizadas para expedir

el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y administradoras de riesgos laborales (ARL).

1. Para la expedición de la factura electrónica se deberá tener en cuenta:

- Las condiciones de generación de la factura electrónica, previstas en el numeral 1 del artículo 1.6.1.4.1.3. del Decreto 1625 de 2016. así:
 - a) Utilizar el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).
 - b) Llevar numeración consecutiva autorizada por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) en las condiciones que esta señale.
 - c) Cumplir los requisitos señalados en el artículo 617 del Estatuto Tributario. Salvo lo referente al nombre o razón social y NIT del impresor y la pre- impresión de los requisitos a que se refiere esta norma; y discriminar el impuesto al consumo cuando sea el caso.
 - d) Incluir firma digital o electrónica como elemento para garantizar autenticidad e integridad de la factura electrónica desde su expedición hasta su conservación
 - e) Incluir el Código Único de Factura Electrónica.

En relación con este último literal, el artículo 1.6.1.4.1.2 define el Código Único de Factura Electrónica - CUFE como "un valor alfanumérico obtenido a partir de la aplicación de un procedimiento que utiliza datos de la factura, que adicionalmente incluye la clave de contenido técnico de control generada y entregada por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

2. Las condiciones de entrega de la factura electrónica, de que trata el numeral 2 del

artículo 1.6.1.4.1.3. del Decreto 1625 de 2016:

Condiciones de entrega: El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar o poner a disposición del adquirente factura en el formato electrónico de generación. siempre que:

- a) El adquirente también expida factura electrónica, por tratarse de un obligado a facturar electrónicamente en el ámbito de la presente Sección.
- b) El adquirente, no obligado a facturar electrónicamente en el ámbito de la presente Sección, decida recibir factura en formato electrónico de generación.

Para efectos de entrega de factura electrónica en formato electrónico de generación se tendrá en cuenta lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 1.6.1.4.1.15 del Decreto 1625 de 2016.

El ejemplar de la factura en formato electrónico de generación deberá ser entregado a /a Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) dentro del término que establezca la misma, máximo cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su generación.

5. En cuanto a las notas crédito, deberá estarse a lo dispuesto en los párrafos 2 y 3 del artículo 1,6,1 A 1,3 del Decreto 1625 de 2016, según los cuales:

Parágrafo 2°. Cuando deban expedirse notas crédito y/o débito. las mismas deben generarse en el formato electrónico XML que establezca la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN)

Las notas crédito y/o débito deben ser entregadas al adquirente en formato electrónico de generación, o en representación gráfica en formato impreso o en formato digital, según como se haya entregado la factura electrónica. Estos documentos deberán ser suministrados a la DIAN siempre en formato electrónico de generación."

"Parágrafo 3°. Cuando la factura electrónica haya sido generada y tengan lugar devoluciones, anulaciones, rescisiones o resoluciones deberá emitirse la correspondiente nota crédito, dejando clara la justificación de esta.

6. Frente al Sistema de Salud, deberá tenerse en cuenta que el pago y tramite de glosas continúa adelantándose de acuerdo con lo establecido en los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011 o la norma que los modifique o sustituya, sin desconocer la reglamentación propia de

recobros ante la ADRES, las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.

7. El trámite de glosas sobre las facturas expedidas por los obligados a facturar, correspondientes a servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC-S y servicios complementarios del Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales, seguirán adelantándose de acuerdo con lo previsto en las Resoluciones 1479 de 2015 y 2438 de 2018 y las demás normas que las modifiquen o sustituyan y los procedimientos adoptados por cada entidad territorial.

El Ministerio de salud y Protección Social estableció a través de la de resolución 0042 de 2020 Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación, estableció la adopción de campos de datos adicionales del sector salud que serán incluidos en la generación de la factura electrónica. Adicionalmente, los facturadores electrónicos del sector salud, deberán incluir la siguiente información en campos individuales, separados y en el orden establecido, de tal forma que atiendan las especificaciones de estándares UBL (“Universal Business Lenguaje”) en formato XML, según lo dispuesto por la DIAN.

1. Tipo de documento de identificación del usuario
2. Número de documento de identificación del usuario
3. Primer apellido del usuario
4. Segundo apellido del usuario
5. Primer nombre del usuario
6. Segundo nombre del usuario
7. Tipo de usuario

8. Modalidades de contratación y de pago

9. Tipo de plan voluntario de salud

10. Número de autorización

11. Número de mi prescripción (MIPRES)

12. Número de contrato

13. Número de póliza

14. Fecha de inicio

15. Fecha final

16. Copago

17. Cuota moderadora

18. Cuota de recuperación

19. Pagos compartidos en planes voluntarios

En consecuencia, para efectos de la inclusión de los anteriores campos de datos, el Minsalud ha indicado que se deberá seguir y aplicar lo estipulado en el “Anexo técnico campos de datos adicionales en formato XML para la generación de la factura electrónica del sector salud”

De igual manera, los facturadores electrónicos y los sujetos obligados a facturar deberán adoptar el anexo técnico. (Velázquez. P, 2020)

Glosas

En la auditoría de cuentas médicas se realiza una evaluación sistemática con calidad, teniendo una racionalidad técnica de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en el resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud. Ya inmerso en el proceso de glosas es necesario conocer lo manuales de la auditoría de cuentas médicas siendo estas una guía clara en cuanto a los requisitos, términos y condiciones que establece las EPS y toda entidad responsable del pago de los servicios de salud, para la presentación de las cuentas (26). Estos manuales según la norma tienen como objetivo regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo (Pérez y Valencia, 2020)

Según la Resolución 3447 de 2008, una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud; mientras que una devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. (Corrales. M y otros, 2013)

Recordemos que el manual único de devoluciones, glosas y respuestas tiene como objetivo estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de devoluciones y glosas, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las

glosas y devoluciones. En este documento se establecen 8 códigos de conceptos de glosa o devolución general:

1. **Facturación:** Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar los servicios y tecnologías prestadas con los servicios y tecnologías facturadas, según sus catálogos y cantidades, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se restan en la factura (copagos, cuotas moderadoras u otros) a pesar de ser considerados como parte del pago, cuando exista un recaudo efectivo de su valor según acuerdo de voluntades, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente Manual.
2. **Tarifas:** Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3. **Soportes:** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4. **Autorización:** aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas
5. **Cobertura:** Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías que no están incluidos en la respectiva cobertura (plan de beneficios en salud del sistema de salud, plan complementario en salud, plan de medicina prepaga, pólizas SOAT, prestaciones asistenciales de la ARL o pólizas de salud), hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera

adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

6. **Pertinencia:** Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica.
7. **Devoluciones:** Es una no conformidad que afecta el valor total de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide efectuar el pago de esta.
8. **Respuestas a devoluciones o glosas:** Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago. (Michell. V, 2020)

La ACESI en Colombia en un su estudio concluyeron que el tema de glosas está normado, pero la falta de control, seguimiento, vigilancia e inspección no ha permitido el cumplimiento a la normatividad, lo que ha generado un impacto negativo en los estados financieros de las entidades, una vez que lo que las EPS adeudan a las IPS son dineros que están pendientes y están respaldados por las glosas sin conciliar, sin embargo, se puede informar al respecto que las grandes diferencias entre la deuda que presentan las IPS, Vs lo que dicen que deben las EPS, está representado en cuentas pendientes de conciliar por glosas y ésta cifra en promedio asciende al 10% del valor total de cartera. Las glosas es uno de los problemas estructurales de la cartera del sector salud, esto obedece a las diferentes políticas que se adoptan

por parte de algunas EPS para apalancarse financieramente a través de las glosas o devolución de cuentas. (ACESI, 2017)

En la resolución 3407 de 2008 se describe el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas el cual estandariza los tipos de glosas y sus causas, así como la forma como los prestadores tiene que hacer las reclamaciones para el pago 14 de estas. Se describen conceptos generales de la causa de las glosas como facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura y pertinencia: a su vez se tienen conceptos específicos numerados del 1 al 50 nombrando solo algunos son estancia, honorarios médicos, los derechos de sala, medicamentos, ayudas diagnósticas, datos insuficientes del usuario, factura excede topes entre otros. (Parra y Cortes 2019)

Marco legal de cuentas y glosas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro de dicho sector, para las instituciones privadas. Solo con la entrada en vigor del SOAT, se inicia la facturación en las entidades públicas. Posteriormente, Con la Carta Magna del 91, y a raíz del advenimiento de la Ley 100 de 1993, nace la descentralización de las instituciones de salud pública, lo que lleva a la creación de procesos como la facturación, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas dedicadas, procesos que aún hoy en día están en crecimiento y ajustes. La Constitución Política de Colombia de 1991 fue la primera gestora de este proceso de facturación para la salud en las entidades públicas. En su Artículo 49 nos dice “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”. Es decir que hace mención de la descentralización de las instituciones, la cual se vuelve a retomar con la Ley 100 de 1993, Artículo 153, Numeral 6: “La organización del

Sistema General de Seguridad Social en Salud será de forma descentralizada (...). El Artículo 185 de la misma Ley 100 del 93 dice “Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera” (Martínez, L. & Oviedo, T. 2016)

Consecuentes con lo anterior, la tabla 7 (Marco Legal De Cuentas y Glosas SGSSS) contiene las diversas normas que permiten ser guía para la creación de los módulos de Flujo de radicación de cuentas y respuesta a glosas.

Tabla 7 *Marco Legal De Cuentas y Glosas SGSSS*

MARCO NORMATIVO:	<p style="text-align: center;">Ley 100 de 1993 Congreso de la República Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones</p> <p style="text-align: center;">Resolución 5261 de 1994 Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p style="text-align: center;">Decreto 2423 de 1996 Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual tarifario y se dictan otras disposiciones</p> <p style="text-align: center;">Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud y de protección Social Por el cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica.</p> <p style="text-align: center;">Acuerdo No. 256 de 2.001 Instituto de Seguros Sociales Por el cual se aprueba el manual de tarifas de la entidad promotora de salud del seguro social EPS - ISS</p>
-----------------------------	---

Resolución 3374 de 2000 Ministerio de Salud y de protección Social Por el cual se reglamentan lo datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados (RIPS).

Resolución 0951/2002 Ministerio de Salud y de protección Social Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.

Decreto Ley 1281 de 2002 Congreso de la República Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación

Decreto 3260 de 2004 Ministerio de Salud y de protección Social Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 260 / 2004 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Establece el Régimen de Copagos y Cuotas moderadoras.

Acuerdo 312 de 2004 Instituto de Seguros Sociales Por el cual se aprueba el “Manual de Tarifas “de la entidad promotora de salud del Seguro social “EPS-ISS”

Decreto 1011 de 2006 Ministerio de salud y Protección Social Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acuerdos No 228, 236, 263, 282, y 336 de 2006 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre medicamentos

Ley 1122 de 2007 Congreso de la Republica Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 del 2007 Ministerio de salud y Protección Social Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3047 de 2008: Ministerio de salud y Protección Social: “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de Servicios de Salud y entidades responsables del pago de servicios de Salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 3099 de 2008 Ministerio de salud y Protección Social Por la cual se reglamenta los Comités Técnico-científicos y se establece el procedimiento de Recobro ante el FOSYGA. Reglamentada por la Resolución 3754 de 2008.

Sentencia t 760 de la corte constitucional de 2008 Por medio de la cual se dictan disposiciones frente a la prestación de servicios y la prestación del derecho a la salud como derecho fundamental.

Ley 1231 de 2008 Ministerio de salud y Protección Social por el cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones

Resolución 3047 de 2008 Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 416 de 2009 Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones

Acuerdo 008 de 2009: Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Acuerdo derogado por el artículo 82 del Acuerdo 28 de 2011. Adóptese la codificación y nomenclatura de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS– como el único referente para expresar el contenido del POS en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones. En materia de medicamentos se utilizará la codificación descrita en el presente acuerdo y basada en el sistema de clasificación anatómica ATC.

Acuerdo 3 de 2009 de la CRES Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Anexo técnico No 6 Ministerio de salud y Protección Social Manual único de glosas, evoluciones y respuestas, unificación Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

Acuerdo 19 de 2010 Ministerio de salud y Protección Social Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.

Ley 1438 de 2011. Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 028 de 2011 y sus anexos 01, 02 y 03 Ministerio de salud y Protección Social El Acuerdo 028 es sustituido por el Acuerdo 029 donde se precisan artículos, inclusiones y supresiones al Plan Obligatorio de Salud, alcanzando en total 197 inclusiones.

artículo 82 del Acuerdo 28 de 2011 VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente artículo rige a partir del 1 de enero de 2012, **deroga los acuerdos**

Acuerdos 008 de 2009, 014 y 017 de 2010 y 021 y 25 de 2011 de la CRES y demás disposiciones que le sean contrarias.

Resolución 4331 de 2012 Ministerio de salud y Protección Social Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.

Estatuto tributario Artículo 617 Requisitos de las facturas. **Artículo 618.** Obligación de exigir factura o documento equivalente.

Código de Comercio Artículo 774. Requisitos de la factura

Acuerdo 028 de 2011 y sus anexos 01, 02 y 03 Ministerio de salud y Protección Social El Acuerdo 028 es sustituido por el Acuerdo 029 donde se precisan artículos, inclusiones y supresiones al Plan Obligatorio de Salud, alcanzando en total 197 inclusiones.

Acuerdo 032 de 2012 Ministerio de salud y Protección Social unifica el POS de los adultos entre 18 y 59 años.

Resolución 5221 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social Define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud (POS).

Acuerdo 01 de 2014 del Consejo de la Unidad de Salud, “Por medio del cual se reglamenta y actualiza el Sistema de cobros de Tarifas de las cuotas Moderadoras y Copagos.

El decreto 2242 de 2015 Ministerio de Hacienda y Crédito Público por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal.

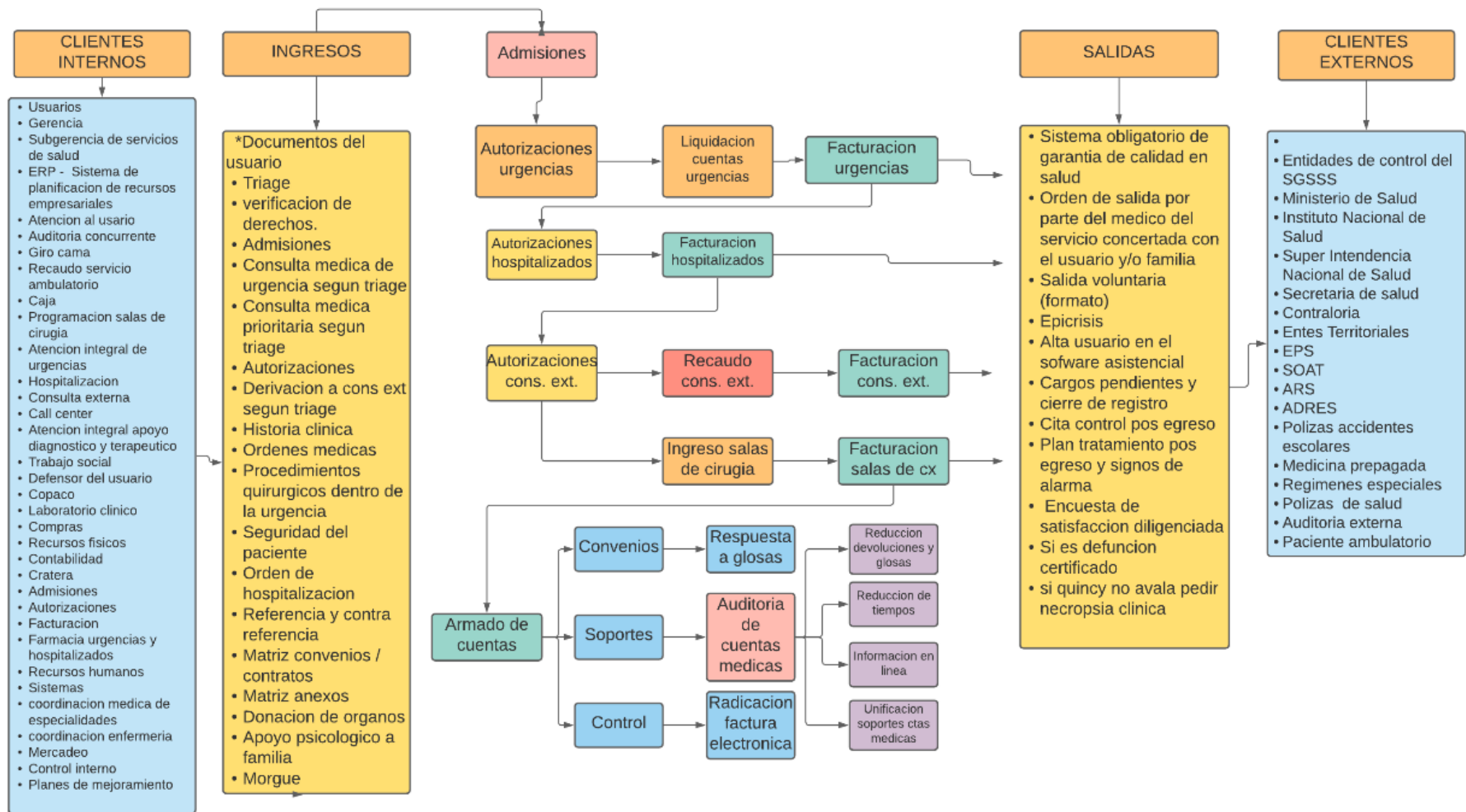
Decreto 780 de 2016 Ministerio de Salud y de protección Social Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

circular externa 46 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social sobre la implementación de la factura electrónica, está dirigida a las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), prestadores de servicios de salud (IPS), entidades territoriales (ET), administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud (ADRES), entidades aseguradoras autorizadas para expedir el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y administradoras de riesgos laborales (ARL)

Resolución 0084 de 2021 Ministerio de salud y Protección Social por la cual se establecen disposiciones para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se adopta el anexo técnico “*campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta*”

Tabla 8

flujograma general ruta de cuentas



Todas las facturas presentadas por servicios hospitalarios o ambulatorios deben cumplir con los requisitos (según lo establecido en artículos 40 y 258 de la Ley 223 de diciembre de 1995, los decretos 1094 y 1165 de 1996, Resolución 000055/ 2016 y los Art 615:619 del estatuto tributario, por ello se plantea un flujograma general de la ruta de cuentas (ver tabla 8).

Pensando en la solución respecto al flujo de radicación de cuentas y respuesta a glosas, se desarrollaron seis procesos como oportunidad de mejora en la trazabilidad desde el momento de la facturación en las diferentes áreas hospitalarias hasta el momento de la respuesta a glosas así:

Modulo (1) flujo facturación y radicación de cuentas de urgencias sin observación y procedimientos ambulatorios:

ARTICULO 10. ATENCION DE URGENCIAS. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema. (MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994, agosto 5)

Tabla 9 (modulo 1)

Flujo Facturación Y Radicación Cuentas De Urgencias sin observación y procedimientos ambulatorios

FLUJO FACTURACIÓN Y RADICACIÓN CUENTAS DE URGENCIAS SIN OBSERVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	PORQUE	DONDE
1- Validación derechos del usuario, se solicita al paciente documento de identidad (excepto usuario triage uno, quien pasa directamente a sala de reanimación). Ver el anexo técnico 01 en numeral 4 del índice de anexos	Auxiliar de facturación urgencias.	Se realiza verificación de los derechos y cruce en la base de datos del Fosyga- DNP en busca de inconsistencias que incluyen multiafiliaciones, y en caso de encontrarlas se envía anexo técnico N.º 1 Res.3047/2008. Para los SOAT se deben exigir: factura y formato de referencia de la institución que envía el paciente, en caso de pacientes remitidos, denuncia expedida por autoridad competente y/o croquis, copias de: (documento de identidad de la víctima y del conductor, licencia de conducción del conductor del vehículo, seguro obligatorio, y tarjeta de propiedad del vehículo).	Atención inicial de urgencia: Artículo 159 de la ley 100 de 1993. Dto. 412 de 1992. En el momento de solicitud del servicio.	El área de Facturación está relacionada con el proceso de admisiones; su objetivo básico es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la institución hasta el egreso de esta, al mismo tiempo realizar un registro sistemático de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente. Se debe registrar la información en los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS). Resolución 3374 de 2000 y tener soporte documental.	Dentro del área de urgencias de la IPS y/o ESE, reportando a facturación central.

2 - Ingreso del paciente al sistema.	Auxiliar de admisiones.	Se realiza la preadmisión del paciente al triage Tras la solicitud del servicio Generación de numero de ingreso del paciente al sistema (historia clínica, historia de triage) Consulta de triage Profesional de salud de turno.	Cuando la Orden de servicio autorizada por la EAPB esté debidamente firmada. (se escanea junto con el documento identidad).	La admisión hospitalaria del paciente es la puerta y salida de este de la institución ya que este se puede ver inmerso en diferentes procesos tales como: ▪ Referencia ▪ Contrarreferencia ▪ Epicrisis ▪ Facturación ▪ Censo ▪ Intervención Quirúrgica ▪ Derechos y deberes de los pacientes.	Dentro del área de urgencias de la IPS y/o ESE.
3 - Validación de derechos de procedimientos ambulatorios.	Auxiliar de admisiones.	La enfermera de urgencias entrega al auxiliar de admisiones la orden de servicios y el documento de identificación en copia u original para ser escaneado y/o fotocopiado. Se debe garantizar la firma con documento de identificación en la autorización y que la misma este a nombre de la institución correspondiente.	Una vez el médico tratante determina que el usuario no requerirá hospitalización dentro de los parámetros normales posteriores al procedimiento ambulatorio.	Al referirse a procedimientos y cirugías ambulatorias se comprenden los procedimientos que no requieren hospitalización y permiten una reintegración más rápida del paciente a sus labores cotidianas.	Dentro de la plataforma que implemente la IPS y/o ESE.
4 - Verificar si existe valor a cargo del paciente y en caso afirmativo recaudarlo	Auxiliar de facturación.	El triage 1 y 2 (urgencia vital) se atiende y no genera copagos. Si el paciente utiliza estos servicios sin ser urgencia deberá pagar el valor total de la atención (Art. 10 Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994).	En el momento de la solicitud del servicio.	Por qué atención inicial de urgencias está exenta del cobro de copagos (Art. 7°, Acuerdo 260 de 2004).	Dentro del área de urgencias de la IPS y/o ESE.
5 - Admisión del usuario a la consulta o procedimiento de urgencia.	Auxiliar de admisiones.	Se ingresa al módulo de admisiones en pacientes clasificados por el triage pendientes por admitir y para procedimiento ambulatorio al módulo procedimientos de urgencias. Si es el caso de un evento SOAT se debe crear en el módulo accedando toda la información del siniestro.	En el momento inmediato del desarrollo de la urgencia.	Para consolidar proceso de consulta de urgencia y procedimiento.	Dentro del área de urgencias de la IPS y/o ESE.

6 - Notificación de la atención a la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)	Auxiliar de facturación urgencias.	Envió del anexo técnico N° 2, o en su defecto la notificación telefónica según el contrato, en caso de no lograr comunicación se envía el anexo al ente territorial.	Dentro de las 4 horas siguientes a la atención o antes de culminar el turno.	Es el protocolo para tener el soporte documental que puede ser el número de autorización telefónico o en su defecto la prueba de correos enviados.	En el área de urgencia y se reporta al punto de control de facturación central.
7 - Ingreso al sistema de los servicios solicitados por el medico	Médico tratante urgencias.	Ingresa al sistema los servicios y/o procedimientos solicitados durante la consulta.	De inmediato. (Se diligencia el informe de atención inicial de urgencias o anexo técnico 02, ver numeral 5 del índice de anexos)	Porqué el ministerio de salud estableció la interoperabilidad de la historia clínica electrónica Ley 1438 de 2011, lo cual permite que la información viaje a través del sistema permitiendo una atención más segura y rápida a los usuarios logrando mejores diagnósticos y a la vez siendo asequible para las auditorias medicas concurrentes dentro del sistema de gestión de calidad descrito en la Resolución 4004 de 2016.	En consultorio.
8 - Confirmación y registro de los servicios efectivamente prestados.	Auxiliar de facturación urgencias.	Verificar en la historia clínica los servicios efectivamente prestados, cargar la consulta de urgencias y procedimientos que estén soportados pero que no se encuentren registrados en la cuenta, verificar que estén cargados los medicamentos e insumos utilizados en la atención mediante llamada telefónica a la farmacia se confirma que estén cargados a la cuenta la totalidad de los medicamentos e insumos ambulatorios.	De inmediato a la consulta de urgencia y realización del procedimiento ambulatorio.	Se debe hacer un seguimiento periódico y selectivo contra el sistema y las copias de las fórmulas.	En oficina facturación de urgencias.

9 - Cargue de los medicamentos ambulatorios. (afecta inventarios).	Auxiliar de farmacia.	Contra la formula generada por el médico tratante en el sistema, realiza el cargue directamente a la cuenta del paciente, afectando de manera automática el inventario.	Durante la atención del usuario.	La adecuada planeación y gestión de los inventarios y recursos de un hospital influyen en el éxito de los servicios que presta y brinda mayor satisfacción tanto en pacientes como trabajadores involucrados, la ausencia de algún medicamento o insumo no debe medirse en términos monetarios sino en el riesgo que representa para la vida e integridad de los pacientes.	Farmacia.
10 - Generación de factura.	Auxiliar de facturación regencias.	Verifica el valor a pagar y carga la cuenta al pagador definido durante la admisión del paciente. Definirá si es una factura agrupada (Este tipo de facturas son usuales cuando a un mismo cliente se le realizan varios servicios en el mismo mes. El fin de este documento es aunar todas estas operaciones en una única factura para contabilizarlas de forma agrupada.) Para el caso de tarifas plenas recibir el dinero generar el registro, entregar las vueltas si hay lugar a ello y expedir copia de la factura. Si es por evento se genera una factura.	Al egreso del paciente.	Todas las IPS están obligadas a prestar y facturar el servicio de la atención inicial de urgencias (Dto. 444 de 1993.	Facturación urgencias.

11 - Recepciones cuentas agrupadas y/o facturas.	Coordinación de facturación. Auxiliar de facturación central.	si la facturación es agrupada recibe los soportes de notificación de la atención, los documentos, la impresión de la atención y copias de los reportes de los exámenes realizados si se requiere contractualmente. Si la facturación es por evento recibe además la factura con el número de copias requeridas.	Al finalizar el turno de la mañana, y el auxiliar de facturación de la noche entrega a la mañana siguiente lo de la tarde y la noche.	Contribuye al conjunto de actividades que permiten identificar, registrar, clasificar, liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que con lleva la atención de un usuario de una IPS con base al manual de procedimientos.	Facturación central.
12 - Soportes pendientes	Auxiliar de facturación.	Se Deja relacionado en el libro de pendientes y se fija el tiempo de entrega y el responsable de la consecución del soporte. Estas novedades no deben superar las 24 horas.	En el momento de corte y entrega de la facturación central.	Algunos soportes de manera justificada pueden faltar al momento de la entrega.	Facturación central.
13 - Auditoria de cuentas	Medico auditor y Enfermero auditor.	Auditoria selectiva al 5% por parte de auditor médico y al 5% por parte del enfermero auditor que puede incluir aspectos clínicos como registros médicos, radiografías, informes de laboratorio etc., también aspectos financieros como la documentación para recepción del pago, libros de cuentas por cobrar etc.	Todos los días, con informes de con informes de hallazgos semanales y actas de retroalimentación.	Identifica, supervisa y rectifica las prácticas de facturación inapropiadas, lo que beneficia resultados finales. Las auditorias de facturación deben cubrir todas las ares del ciclo de vida de la facturación medica iniciando en los procesos de verificación de derechos, presentación de reclamaciones, procesos de gestión, de admisión del paciente etc..	En las diferentes dependencias que conforman la cadena de facturación dentro de la IPS.
14 - Facturación electrónica.	Auxiliar de facturación.	Una vez solicitada la resolución de facturación electrónica ante la DIAN, se gestiona el anexo N° 5 de la misma bajo los lineamientos de la resolución 084 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.	Cada vez que se genere la venta de un servicio de salud y máximo 48 horas después de causado.	Mediante la circular externa 0046 del 26 diciembre de 2018 el Ministro de Salud y Protección Social, impartió instrucciones, para la implementación de la factura electrónica.	Facturación de urgencias.

15 - Facturación agrupada y su consolidado.	Auxiliar de facturación central.	Una vez generada la factura, se descarga de la plataforma junto con el informe consolidado de facturación agrupada y se entrega la factura y el informe consolidado más los soportes para ser ordenados y legajados para su radicación ante las entidades responsables del pago.	Los viernes.	Para garantizar que se facturen el 100% de las cuentas.	Oficina de facturación central.
16 - Generación de envíos.	Coordinador de facturación.	En el módulo de envíos del sistema, se busca la empresa y el plan se asigna el rango de fechas dentro de los cuales se encuentran comprendidas las facturas para radicación y se selecciona la totalidad de estas.	Todos los viernes y para las entidades que reciben solo una vez al mes, se debe enviar en la fecha pactada de cada mes.	Se garantiza el envío de la totalidad de las facturas.	Oficina de facturación central.
17 - Generación de RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud).	Auxiliar administrativo.	Generando los archivos planos con base a la resolución 3374 de 2000 y realizando la validación de estos los cuales se deben contener en archivo magnético.	Una vez se genere el envío.	Conforman el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000.	Oficina de facturación central.
18 - Entrega de facturas a cartera.	Coordinador de facturación.	Entregando el paquete de facturas debidamente soportadas junto con el envío consolidado y los RIPS en medio magnético.	Los lunes.	Se deben validar tiempos de radicación contractual y de ley.	Oficina de cartera.

19 - Corrección de RIPS por la EAPB errores.	Ingeniero de sistemas.	Se realiza la validación exhaustiva y corrección de errores y de la base de datos para evitar que se vuelvan a presentar y se devuelve el archivo plano corregido. (Es un archivo tipo texto (.txt). Archivo texto es un sinónimo de archivo ASCII y es aquel en el cual los caracteres se representan por su equivalente en código ASCII. Un archivo plano no contiene comandos de “formateo” sino que incluye solamente datos texto en formato ASCII).	Inmediato luego de la devolución (Max 2 días).	Se han identificado falencias tanto en la calidad del registro primario, como en la utilización para la gestión de las IPS2 y las EAPB, así como para la formulación de la política pública en salud. Esta situación muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los datos que se reportan, para que contribuyan en condiciones de mayor certidumbre a la toma de decisiones.	Departamento de sistema.
--	------------------------	--	--	--	--------------------------

Modulo (2) flujo de facturación y radicación cuentas de servicios ambulatorios

Al referirse a procedimientos y cirugías ambulatorias se comprenden los procedimientos que no requieren hospitalización y permiten una reintegración más rápida del paciente a sus labores cotidianas. Estos procedimientos y cirugías son realizadas a personas que cumplan con ciertas características como no requerir un estricto control postoperatorio, es decir, ser pacientes sanos o con enfermedades como la hipertensión arterial y diabetes controladas. Por lo general los adultos mayores, los bebés menores de un año que posean algún tipo de consideración especial son hospitalizados tras la intervención o algunas mujeres embarazadas. (SCARE, 2020)

Tabla 10 (módulo 2)*Flujo Facturación Y Radicación Cuentas De Servicios Ambulatorios*

FLUJO FACTURACION Y RADICACION CUENTAS DE SERVICIOS AMBULATORIOS (IMAGENEALOGIA - LABORATORIO CLINICO Y OTROS MEDIOS DIAGNOSTICOS)					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	PORQUE	DONDE
1 - Validar el derecho del usuario.	Auxiliar de facturación.	El usuario entrega al auxiliar de facturación del servicio, la orden de servicios y el documento de identificación en copia u original para ser escaneado. Se debe garantizar la firma con documento de identificación en la autorización y que la misma este a nombre de la institución que prestara el servicio.	En cuanto se solicite el servicio.	Esta orden de servicio autorizada por la EAPB, la original debidamente firmada y copia o escáner del documento de identidad se debe entregar con la factura del servicio en la central de facturación.	Consulta externa.
2 - Ingreso del paciente al sistema.	Coordinador asistencial del servicio.	Ingresar al sistema el servicio solicitado, si es inmediato se pasa a su realización y en caso de requerir preparación se deja en programación.	Luego de solicitado el servicio.	El sistema genera el número de ingreso junto con el número de la historia clínica y número del procedimiento y así queda la recepción del servicio solicitado.	Consulta externa.
3 - Programación del paciente.	Coordinador asistencial del servicio.	Si aplica la programación, en caso de exámenes que requieran ser programados por preparación especial y/o por requerir insumos o medicamentos especiales, se realiza asignación de fecha y hora de la cita, se entregan recomendaciones	Al momento de solicitar el servicio.	La recepción del servicio solicitado queda programada con la cita, el formato de preparación o el formato para requisición de medicamentos o insumos.	Consulta externa.

		de preparación y se realiza la requisición de insumos y/o medicamentos a la farmacia central.			
4 - Egreso de medicamentos e insumos de farmacia central.	Regente de farmacia.	Entrega los insumos o medicamentos solicitados de la farmacia central por cada procedimiento a realizar.	Al recibir el formato de requisición.	La dispensación de medicamentos o insumos al paciente ambulatorio responde a una orden médica.	Farmacia central.
5 - Cargue de medicamentos o insumos a bodega.	Auxiliar de facturación.	Ingresa los insumos o medicamentos al sistema para su facturación.	Una vez generado el documento de egreso.	Se debe ir consolidando la factura final en la medida de ingreso de los cargos.	Facturación consulta externa.
6 - Liquidación de servicios autorizados.	Auxiliar de facturación.	Ingresa al sistema los servicios solicitados al paciente estableciendo aquellos que dan lugar a copagos según lo normado por manuales tarifarios.	Inmediato.	El manual de régimen tarifario es de obligatorio cumplimiento y/o los acuerdos entre las partes contratantes en cuanto a tarifas pactadas con base en este.	Facturación consulta externa.
7 - Verificación si hay lugar a copago.	Auxiliar de facturación.	Consultando el manual tarifario de acuerdo al procedimiento.	Inmediato.	Aplicación de la norma.	Facturación consulta externa.
8 - Guardar cargos de la cuenta.	Auxiliar de facturación.	Verificando el valor a pagar, lo cancelado y el cambio devuelto al momento de generar la factura electrónica.	Inmediato.	Se debe cumplir con el detalle de cargos que es la relación discriminada de la atención por cada usuario de cada uno de los ítems resumidos en la factura.	Facturación consulta externa.

9 - Recepción de cuentas agrupadas y/o facturadas.	Coordinador de facturación.	Si la facturación es agrupada, recibe la autorización, los documentos y el reporte del examen realizado si se requiere contractualmente. Si la facturación es por evento recibe además la factura con el número de copias requeridas.	Al finalizar turno.	Se debe hacer la recepción y organización de las cuentas: De laboratorio el día hábil siguiente, de imagenología al tercer día hábil siguiente para que se acompañe con la lectura.	Oficina coordinadora de facturación.
10 - Soportes pendientes.	Auxiliar de facturación.	Algunos soportes de manera justificada pueden faltar al momento de la entrega de la factura, en este caso se deja relacionado en el libro de pendientes y se fija el tiempo de entrega y el responsable de la consecución del soporte.	Al momento de la entrega de cuentas y soportes.	Facturación central solicita y vigila la entrega de estos soportes en tiempo acordado.	Auxiliar de facturación.
11 - Auditoria de cuentas.	Medico auditor y Enfermero Auditor.	Auditoria selectiva al 5% por parte del auditor médico y al 5% por parte del enfermero auditor.	Diariamente.	Se deben presentar Informes de hallazgos de auditoría semanales y actas de retroalimentación 2 veces al mes.	Médico y jefe auditor.
12 - Facturación agrupada y su consolidado.	Coordinador de facturación.	Se entrega la factura y el informe consolidado más los soportes para ser ordenados y legajados para radicación a la empresa.	Una vez consolidado el informe	Garantizar que se facturen el 100% de las cuentas para la empresa y el plan seleccionado.	Oficina coordinadora de facturación.
13 - Generación de envíos	Coordinación de facturación y Dirección administrativa	En el módulo de envíos del sistema, se busca la empresa y el plan, se asigna el rango de fechas en las cuales se encuentran comprendidas las facturas a radicar y se seleccionan la totalidad de las mismas.	Todos los viernes y para aquellas empresas que solo reciben una sola vez en el mes, en las fechas estipuladas para la radicación.	Garantizar que se realice el envío de la totalidad de las facturas para la empresa y el plan correspondiente.	Oficina coordinadora de facturación y dirección administrativa

13 - Generación de RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud).	Auxiliar documental.	Generando los archivos planos con base a la resolución 3374 de 2000 y realizando la validación de los mismos, en Archivo plano en medio magnético.	Inmediato luego de la devolución.	Conforman el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000.	Oficina de facturación central.
15 - Entrega de facturas a Cartera.	Coordinador de facturación.	Entregando el paquete de facturas debidamente soportadas junto con el envío consolidado y los RIPS en medio magnético.	Los lunes.	Se deben validar tiempos de radicación contractual y de ley.	Coordinación de cartera.
16 - Corrección de RIPS por la EAPB errores.	Ingeniero de sistemas	Se realiza la validación exhaustiva y corrección de errores y de la base de datos para evitar que se vuelvan a presentar y se devuelve el archivo plano corregido. (Es un archivo tipo texto (.txt). Archivo texto es un sinónimo de archivo ASCII y es aquel en el cual los caracteres se representan por su equivalente en código ASCII. Un archivo plano no contiene comandos de “formateo” sino que incluye solamente datos texto en formato ASCII)	Inmediato luego de la devolución por EPS (Max 2 días)	El archivo texto es un sinónimo de archivo ASCII y es aquel en el cual los caracteres se representan por su equivalente en código ASCII. Un archivo plano no contiene comandos de “formateo” sino que incluye solamente datos texto en formato ASCII.	Departamento de sistema.

Módulo (3) Flujo facturación y radicación de cuentas consulta externa:

El trabajo fundamental en gran número de especialidades se desarrolla en la consulta externa. La consulta aporta diversas ventajas: para el paciente, comodidad y la posibilidad de mantener su actividad sociofamiliar; para el sistema sanitario, bajos costes de instalación y mantenimiento, y un mayor rendimiento del trabajo del especialista. La consulta externa es, o debe ser, el pivote alrededor del cual gira la actividad de una especialidad: el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo. (García. F, 2014)

Tabla 11 (modulo 3)*Flujo facturación y radicación de cuentas consulta externa*

MODULO (3) FLUJO FACTURACION Y RADICACION CUENTAS DE CONSULTA EXTERNA					
¿QUÉ?	¿QUIÈN?	¿CÒMO?	¿CUÁNDO?	¿POR QUÉ?	¿DONDE?
1 - Validar el derecho del usuario.	Auxiliar de facturación.	El usuario entrega en ventanilla la autorización, la orden de servicios y el documento en copia u original y será escaneado y fotocopiado. Se debe garantizar la firma con documento de identificación en la autorización y que la misma este a nombre de la institución que prestara el servicio.	En cuanto se solicite el servicio.	Esta orden de servicio autorizada por la EAPB, la original debidamente firmada y copia o escáner del documento de identidad se debe entregar con la factura del servicio en la central de facturación.	Consulta externa.
2 - Ingreso del paciente al sistema.	Coordinador asistencial del servicio.	Ingresa al sistema el servicio solicitado, si es inmediato se pasa al procedimiento, si requiere preparación se deja en programación.	En el momento de la solicitud del servicio.	El sistema genera el número de ingreso junto con el numero de la historia clínica y numero del procedimiento y así queda la recepción del servicio solicitado.	Consulta externa.
3 - Verificar que el paciente tenga asignada la cita en la Agenda Médica y dar cumplimiento.	Coordinador asistencial del servicio.	Verificando en el sistema la fecha y hora de la programación de la cita en la agenda del profesional y le da cumplimiento para que se active el usuario.	Al momento en que el usuario requiere del servicio.	Es la forma en que el usuario se activa en el sistema de la agenda médica.	Consulta externa.

4 - Verificar si hay copagos o cuota moderadora a cargo del usuario del servicio.	Auxiliar de facturación.	Verifica el tipo de régimen, el estrato y la autorización de servicios informando al usuario si hay cargos por cancelar.	Inmediato.	El manual de régimen tarifario es de obligatorio cumplimiento y/o los acuerdos entre las partes contratantes en cuanto a tarifas pactadas con base en este.	Consulta externa.
5 - Guardar cargos de la cuenta.	Auxiliar de facturación.	Verificando el valor a pagar, lo cancelado y el cambio devuelto si hay lugar a ello, imprimir la factura.	Inmediato.	Es la forma en que se registra la venta de servicios de salud para liquidarlas al final total de la venta de tales servicios	Consulta externa.
6 - Recepción de cuentas o facturas.	coordinación de facturación	Si la facturación es agrupada, recibe la autorización, los documentos y el reporte del examen realizado si se requiere contractualmente. Si la facturación es por evento recibe además la factura con el número de copias requeridas.	Al finalizar el turno.	Se debe hacer la recepción y organización de las cuentas: De laboratorio el día hábil siguiente, de imagenología al tercer día hábil siguiente para que se acompañe con la lectura.	Oficina coordinadora de facturación.
7 - Auditoria de cuentas.	Medico auditor y Enfermero auditor.	Auditoria selectiva al 5% por parte del auditor médico y al 5% por parte del enfermero auditor.	Diariamente.	Informes de hallazgos de auditoría semanales y actas de retroalimentación 2 veces al mes.	En las diferentes oficinas que intervienen en el proceso flujo de cuentas
8 - Facturación agrupada y su consolidado.	Auxiliar de facturación central (urgencias y ambulatorio)	Se entrega la factura y el informe consolidado más los soportes para ser ordenados y legajados para radicación a la empresa.	Una vez consolidado el informe	Garantizar que se facturen el 100% de las cuentas para la empresa y el plan seleccionado.	Coordinación de facturación.

9 - Generación de envíos.	coordinador de facturación.	En el módulo de envíos del sistema, se busca la empresa y el plan, se asigna el rango de fechas en las cuales se encuentran comprendidas las facturas a radicar y se seleccionan la totalidad de estas.	Todos los viernes y para aquellas empresas que solo reciben una sola vez en el mes, en las fechas estipuladas para la radicación.	Garantizar que se realice el envío de la totalidad de las facturas para las EAPB y el plan correspondiente.	Oficina coordinadora de facturación y dirección administrativa.
10 - Generación de RIPS y validación.	Auxiliar administrativo.	Generando los archivos planos con base a la resolución 3374 de 2000 y realizando la validación de estos.	Inmediato una vez se genere el envío.	Conforman el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000.	Oficina de facturación central.
11 - Entrega de facturas a cartera	coordinador de facturación.	Entregando el paquete de facturas debidamente soportadas junto con el envío consolidado y los RIPS en medio magnético.	Los lunes.	Se deben validar tiempos de radicación contractual y de ley.	Coordinación de cartera.
12 - Corrección errores RIPS.	Ingeniero de sistemas	Se realiza una validación exhaustiva y corrección de errores y de la base de datos para que no se vuelvan a presentar.	Inmediato luego de la devolución por EPS (Max 2 días)	El archivo texto es un sinónimo de archivo ASCII y es aquel en el cual los caracteres se representan por su equivalente en código ASCII. Un archivo plano no contiene comandos de “formateo” sino que incluye solamente datos texto en formato ASCII.	Departamento de sistema.

Modulo (4) Flujo facturación y radicación de cuentas servicios hospitalarios

(observación, hospitalización y uci):

ARTICULO 45. PARÁGRAFO Los servicios correspondientes a la consulta médica con cuidado de observación e hidratación, comprenden: permanencia, cuidado médico y de enfermería, servicios públicos y de aseo.

ARTICULO 11. INTERNACIÓN. Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico

ARTICULO 28. DEFINICIÓN DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoria calidoscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros. (MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN NUMERO 5261 DE 1994, agosto 5)

Tabla 12 (Modulo 4)

Flujo facturación y radicación de cuentas servicios hospitalarios

9FLUJO FACTURACIÓN Y RADICACIÓN CUENTAS DE SERVICIOS HOSPITALARIOS (OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y UCI)					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	POR QUE	DONDE
1 - Definir ingreso del paciente a servicios de observación, hospitalización o UCI según criterios médicos.	Auxiliar de facturación del servicio.	Se validan derechos del usuario en el servicio (pacientes que ingresan directamente a obstetricia, quirófanos, hospitalización o UCI) Copia o escáner de los documentos para la verificación de derechos y los requeridos para los accidentes de tránsito (SOAT) Para los SOAT se deben exigir: factura y formato de referencia de la institución que envía el paciente, en caso de pacientes remitidos, denuncia expedida por autoridad competente y/o croquis, copias de: (documento de identidad de la víctima y del conductor, licencia de conducción del conductor del vehículo, seguro obligatorio, y tarjeta de propiedad del vehículo).	A la solicitud de ingreso al servicio	Ningún paciente ingresa directamente a observación sin ser valorado previamente en consulta médica. La observación no puede durar más de 24 horas.	En área de urgencias

<p>2 - Verificar si existe valor a cargo del paciente y en caso afirmativo recaudarlo</p>		<p>Hacer revisión de las semanas cotizadas para los pacientes del régimen contributivo. Para los pacientes particulares de Observación Urgencias, se debe revisar periódicamente el reporte No. 7 contra el depósito de los \$ solicitados al inicio de la atención y una vez cubierto el 70% del depósito se debe solicitar uno nuevo por el mismo valor. En hospitalización general para los pacientes particulares se debe solicitar un depósito de dinero y la firma del pagare en blanco y realizar el mismo control anotado anteriormente. Para los pacientes particulares que van a ingresar a UCI se debe pedir un depósito de \$ y la firma de pagare en blanco y realizar el mismo control del reporte. Para los pacientes de las diferentes EAPB, en los cuales se identifique que deben cancelar algún tipo de valor por concepto de copagos (según acuerdos contractuales) o cuotas de recuperación, se debe solicitar un depósito por el valor del tope máximo según el nivel socio económico y lo establecido en la normatividad vigente y en caso de que esto no sea posible hacer firmar el pagare en blanco.</p>	<p>Previo a la atención.</p>	<p>Es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes, tendrán cuota moderadora la consulta externa, general, médica, paramédica y especializada, los servicios de odontología, laboratorios, medicamentos, imágenes diagnósticas por imagenología y urgencia no vital, los copago, a que están obligados los beneficiarios en el régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, de conformidad con el artículo 2° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS. Estos, según artículo 7° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.</p>	<p>Piso hospitalización</p>
---	--	---	------------------------------	--	-----------------------------

3 - Admisión del paciente al servicio de hospitalización o traslado de consulta de urgencias a observación o de observación a hospitalización.	Auxiliar de facturación del servicio.	Ingresando los datos solicitados por el software para la admisión del paciente o realizando el traslado de un servicio a otro. Si la atención corresponde a un accidente de tránsito se debe crear el evento en el módulo del SOAT diligenciando toda la información del accidente.	Inmediato.	La admisión del paciente quien requiere los servicios del hospital por diferentes situaciones de salud es responsabilidad compartida con la oficina de admisión, el personal administrativo y el personal médico. Puede darse a través del servicio de urgencias o por consulta externa.	Historia clínica
4 - Solicitud de la autorización de servicios a la EAPB correspondiente.	Coordinación de Facturación.	Se realiza envío de anexo técnico N.º 3 o la notificación telefónica (según corresponda contractualmente) asegurando para el caso de los anexos los tres envíos. En caso de no lograr comunicación o definición del pagador, se realiza el envío del anexo al ente territorial. Este paso es de cumplimiento obligatorio. Solicitud y adjuntarla de autorización para cirugías requeridas Tres envíos durante las primeras 4 horas posteriores al ingreso y con intervalos superiores a 30 minutos entre uno y otro envío número de autorización telefónico, o soportes de fax enviados o la impresión de correos enviados garantizar el envío de la autorización de servicios por parte de la EAPB dentro de las primeras 24 horas siguientes al ingreso, en caso contrario enviar carta con copia al ente territorial informando que por vencimiento de términos, se da por aceptada la atención del usuario con cargo a dicha empresa.	Inmediato.	Mediante el anexo técnico N° 4 se estandariza el contenido de la información que debe diligenciar la entidad responsable del pago al prestador de servicios de salud cuando emite una autorización, si no se tiene acuerdo de voluntades, o si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito, sea ella para prestar servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, ampliar una autorización previamente emitida, o para autorizar servicios electivos, sean ellos de carácter hospitalario o ambulatorio. Debe ser diligenciado por el funcionario designado por la entidad responsable del pago, dentro de los términos definidos en los artículos 5° y 7° de la presente resolución.	Piso hospitalización.

5 - Confirmación en el sistema de servicios solicitados por el médico.	Auxiliar de facturación del servicio.	Realiza la confirmación de los servicios solicitados por el médico durante la hospitalización.	Inmediato.	Solo hay lugar a facturar los servicios solicitados por el medico a cargo del usuario, sopena del riesgo de glosa a la cuenta o parte de esta.	En la historia clínica.
6 - Auditorias concurrentes.	Medico auditor, jefe auditor, auditor de medicamentos, auditor administrativo, auditor de terapias.	En concurrencia a los pacientes hospitalizados se define la pertinencia de la estancia, el pagador, registro diario de evoluciones por los especialistas a cargo del paciente y que sean coherentes con la evolución clínica, nota de procedimientos realizados durante el día, nota de interpretación de ayudas diagnósticas y la justificación para su solicitud, verificar anexo de soportes de las ayudas diagnosticas en físico en la historia clínica, verificar ordenamiento de los medicamentos, el registro en tiempo real de los medicamentos e insumos con su respectivo aprovechamiento según protocolos y vida media, su administración y su registro correcto en la historia clínica y las terapias (físicas o respiratorias) con inter relación de cobros, cobro de oxígeno, asegurando el cargue de todo en la cuenta de los pacientes. Verificar oportunidad de interconsultas, procedimientos y ayudas diagnósticas, para evitar la glosa por este motivo. El editor administrativo debe realizar informe detallado de faltantes de soportes por paciente. Las cirugías realizadas durante la hospitalización deben	Diariamente.	En la Auditoría Clínica Concurrente, se realiza un seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes internados en el mismo lugar de la hospitalización; su principal objetivo es vigilar y propender por el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad en el costo de la prestación del servicio.	En la historia clínica.

		tener la descripción quirúrgica, el récord de anestesia, hoja de gastos de quirófanos y se usan insumos de alto costo se deben cobrar de manera efectiva soportando con factura de compra.			
7 - Cargue de los servicios prestados día a día	Auxiliar de facturación del servicio.	<p>Realiza verificación en historia clínica de los servicios efectivamente prestados, carga el valor de la sala de observación, valor de estancia hospitalaria y los procedimientos y ayudas diagnósticas, garantizando su soporte en físico en la historia clínica.</p> <p>Verificar que aun los procedimientos que no se registran en la historia clínica se cobren (hacer informe de estos a su coordinador para hacer ajustes al respecto) también verifica que estén cargados los medicamentos e insumos utilizados en la atención y el aprovechamiento de estos.</p> <p>Verificar cobro de las cirugías hospitalarias y sus soportes. Mediante llamada telefónica a la farmacia central, se garantiza que están cargados a la cuenta la totalidad de los medicamentos e insumos utilizados.</p>	Inmediato.	Se debe ir consolidando la factura final en la medida de ingreso de los cargos. esto permite identificar, registrar, clasificar, liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que con lleva la atención de un usuario de una IPS con base al manual de procedimientos.	En la historia clínica.

8 - Egreso del paciente.	Medico asistencial, jefe asistencial, auxiliar de facturación.	<p>Medico asistencial genera orden de salida con recomendaciones y formulación (debe hablar con el paciente o sus familiares). La enfermera asistencial garantiza registro efectivo de administración de los medicamentos, valida los procedimientos de enfermería, da salida al paciente del módulo de enfermería para así poder inactivar la cuenta, la jefe entrega la historia clínica legajada y en el orden establecido. También debe garantizar el soporte y el cargue de hemoderivados. Farmacia confirma devolución de medicamentos. Terapia respiratoria confirma registro de suministros de terapia y ventilación, registro de oxígeno y terapias pertinentes de cobro, oximetría en caso de ser cobrables según manuales. Auxiliar de facturación inactiva la cuenta y garantiza que todos los cambios ordenados se hagan en el reporte.</p>	En el momento en que egrese cada paciente.	Es un procedimiento técnico administrativo mediante el cual se prepara y ayuda al paciente y la familia en todos los aspectos concernientes a su traslado a otro servicio, en remisión a otra entidad, para su casa o en caso de deceso o incluso en caso de fuga.	Oficina de auditoria.
9 - Soportes pendientes.	Auxiliar de facturación del servicio Auditor administrativo.	Algunos soportes de manera justificada pueden faltar al momento de la entrega, en este caso se deja relacionado en el libro de pendientes y se fija el tiempo de entrega y el responsable de la consecución del soporte.	En el momento en que egrese cada paciente.	Los soportes son de vital importancia en el armado de cuentas medicas ya que reducen las glosas, se tienen menor cantidad de facturas devueltas, se busca así la estandarización de estos para mejor gestión de cuentas médicas.	Coordinación de facturación.

10 - Auditoria final de prefectura.	Jefe auditor Médico auditor.	Se auditan la totalidad de los egresos hospitalarios, validando la racionalidad, la pertinencia y la oportunidad en la historia clínica, asegurando que todos los servicios prestados vayan soportados. Se ordenan cambios y se entrega a facturador de cada área para realizar cambios y generar factura final.	Al egreso del paciente.	La auditoría de facturación es un proceso organizado que examina y evalúa la efectividad y confiabilidad de la documentación clínica contenida en los registros de salud mantenidos por las entidades prestadoras y los datos médicos de facturación presentados a los pagadores para asegurar que se identifique, supervise y rectifique las prácticas de facturación inapropiadas, lo que no sólo beneficiará sus resultados finales, sino que al mismo tiempo pondrá de relieve los posibles problemas de cumplimiento.	Oficina de auditoria.
11 - Generación de la factura.	Auxiliar de facturación del servicio.	Verifica el valor a pagar, lo cancelado y el cambio, imprimir la factura y el recibo la generación de la factura no debe demorar más de 24 horas desde la generación del egreso Factura y/o recibo Entrega de factura a facturación central. Cuando se trate de accidentes de tránsito se debe imprimir el FURIPS	Al egreso del usuario.	El proceso de facturación por venta de servicios de salud requiere una integración de los procesos asistenciales y administrativos de las entidades de salud, posesionándose como el proceso de mayor importancia en la vida financiera de las instituciones del sector.	Coordinación de facturación.
12 - Generación de envíos.	Coordinación de Facturación.	En el módulo de envíos del sistema, se busca la empresa y el plan, se asigna el rango de fechas en las cuales se encuentran comprendidas las facturas a radicar y se seleccionan la totalidad de estas. Todos los viernes y para aquellas empresas que solo reciben una sola vez en el mes, en las fechas estipuladas para la radicación, se debe utilizar un Formato de envío por entidad.	Al cierre de facturas.	por se debe garantizar que se realice el envío de la totalidad de las facturas para las empresas y su plan correspondiente.	Coordinación de facturación y dirección administrativa.

13 - Generación de RIPS y validación.	auxiliar administrativo	Generando los archivos planos con base a la resolución 3374 de 2000 y realizando la validación de estos.	Inmediato una vez se genere el envío.	Conforman el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000.	Coordinación de facturación.
14 - Radicación en Cartera.	Coordinación de facturación.	Entregando el paquete de facturas debidamente soportadas junto con el envío consolidado y los RIPS en medio magnético.	Inmediato una vez se generen los RIPS.	Garantizar la radicación en cartera del 100% de las facturas generadas.	Coordinación de cartera.
15 - Devolución de RIPS por errores.	Ingeniero de sistemas.	Se realiza una validación exhaustiva y corrección de errores y de la base de datos para que no se vuelvan a presentar.	Inmediato luego de la devolución por EPS (Max 2 días)	El archivo texto es un sinónimo de archivo ASCII y es aquel en el cual los caracteres se representan por su equivalente en código ASCII. Un archivo plano no contiene comandos de “formateo” sino que incluye solamente datos texto en formato ASCII.	Oficina de sistemas.

Modulo (5) Flujo de facturación y radicación de cuentas de cirugía ambulatoria:

La definición más común de cirugía ambulatoria la podemos resumir de la siguiente manera: es aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, en el cual el tipo de anestesia puede ser general, regional o local. El tiempo o período de observación no es mayor de doce (12) horas.

Tabla 13 (modulo 5)*Flujo facturación y radicación de cuentas cirugía ambulatoria*

FLUJO FACTURACIÓN Y RADICACIÓN CUENTAS DE CIRUGÍA AMBULATORIA					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	PORQUE	DONDE
1 - Gestión programación de cirugía una vez generada la autorización.	Coordinación de cirugía	ingresando al módulo de programación del sistema y entregando a la auxiliar de facturación las autorizaciones y documentos del paciente. Se debe garantizar la firma en el formato de consentimiento informado con documento de identificación y en la autorización, confirmar también la identificación del paciente, el nombre del acompañante, el número de sala de cirugía, el código exacto del procedimiento, los nombres del grupo de especialistas que asistirán al usuario. Se debe avisar al usuario para que se presente tres horas antes el día de la cirugía con la carpeta clínica que debe contener los documentos pertinentes.	Ocho días antes de la programación.	El proceso administrativo de la programación quirúrgica ambulatoria se debe cumplir con todas las medidas que garanticen al usuario candidato a la realización de procedimientos quirúrgicos tener una experiencia grata, pues a la expectativa de su evento quirúrgico no se le puede sumar la preocupación en el evento de faltar algún requisito para el día de su intervención, a la vez que se garantiza una facturación dentro de los términos contractuales.	Departamento de cirugía.

<p>2 - Identificación del paciente y confirmación de la programación de cirugía.</p>	<p>Auxiliar de facturación.</p>	<p>Confirma la identidad del paciente con el documento de identificación original en las bases de datos según los convenios. Verifica que tenga el procedimiento programado según reporte de la coordinación de cirugía. La identificación debe ser cruzada así: verbal a través de la ventanilla y verbal a través de la historia clínica.</p>	<p>El día de la cirugía, tres horas antes del procedimiento.</p>	<p>Debe ser un procedimiento para que el equipo de salud tenga la plena certeza de su identificación antes del inicio de la intervención, contribuyendo a la plena seguridad del paciente dentro del ámbito de los eventos adversos y la prevención de complicaciones en el aspecto legal.</p>	<p>Facturación consulta externa.</p>
<p>3 - Confirmar si hay lugar a copagos o cuotas moderadoras.</p>	<p>Auxiliar de facturación.</p>	<p>Verificando el tipo de régimen, estrato, autorización del paciente Valor a cargo de paciente (cuotas moderadas o copago).</p>	<p>Tres horas antes de la cirugía.</p>	<p>Las cuotas moderadoras se cobran al momento de acceder a todos los servicios que por norma están definidos para recibir el aporte y los copagos se cobran al momento de acceder al servicio, pero el valor corresponde a un porcentaje tope tanto por evento, como por monto año.</p>	<p>Facturación consulta externa.</p>

4 - Procedimientos adicionales a los autorizados.	Coordinación de cirugía y auxiliar de facturación.	Cuando se identifica durante la realización del procedimiento quirúrgico la necesidad de procedimientos adicionales, el especialista, le informa a la coordinadora de cirugía, quien a su vez le da aviso al auxiliar de facturación para que se realice el envío del anexo técnico N.º 3 o la notificación telefónica (según corresponda contractualmente) En caso de no lograr comunicación o definición del pagador, se realiza el envío del anexo al ente territorial	Inmediato.	Es normal que el paciente requiere más de una cirugía en el mismo acto quirúrgico, se deberá facturar de acuerdo a lo contractual según los grupos quirúrgicos y tipología de actividad final quirúrgica.	Salas de cirugía
5 - Calidad del registro del procedimiento.	Auditor medico concurrente	Verificar que en la descripción quirúrgica estén registrados la totalidad de los procedimientos quirúrgicos realizados.	Durante la realización de la descripción quirúrgica parte del especialista.	El adecuado registro del procedimiento quirúrgico conlleva a que se facture realmente lo definido en los grupos quirúrgicos sin riesgo de glosa.	Descripción quirúrgica completa en el sistema.
6 - Cargue de los procedimientos.	Auxiliar de facturación.	Realiza búsqueda con número de documento, revisa la descripción quirúrgica, le da cumplimiento a los procedimientos registrados por el especialista y en caso de procedimientos adicionales susceptibles de cobro los liquida manualmente según manuales tarifarios y acuerdos contractuales.	Una vez finalizada la cirugía programada.	Se debe ir consolidando la factura final en la medida de ingreso de los cargos. esto permite identificar, registrar, clasificar, liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que con lleva la atención de un usuario de una IPS con base al manual de procedimientos.	Facturación consulta externa.

7 - Cargue de insumos y medicamentos.	Auxiliar de farmacia de cirugía.	Realiza el cargue de los insumos y medicamentos utilizados contra la hoja de gastos Egreso del paciente del procedimiento. Garantizar que se cargue de los consumos según hoja de gastos.	Una vez finalizada la cirugía programada.	Este procedimiento afecta el stock en bodegas y por ende el control del inventario para la planeación de compras.	Facturación farmacia.
8 - Auditoria de cirugía.	Coordinación de cirugía.	Audita los procedimientos realizados, el cobro total de los mismos incluyendo medicamentos e insumos vs hoja de gastos e historia clínica.	Una vez finalizada la cirugía programada.	Se debe realizar un buen registro de todas las actuaciones médicas, confeccionando una ficha clínica completa que es el reflejo de la calidad del trabajo realizado, y es a veces el mejor, único y definitivo argumento para probar la diligencia que se ha tenido en la atención de cada paciente y así lograr con éxito la facturación de lo debido y hasta una defensa legal en caso de conflicto.	Coordinación de cirugía.
9 - Auditoria medica concurrente.	Auditor médico.	Realiza ronda diaria y auditoria al 100% de procedimiento definidos: neurocirugía, cardiovascular, reemplazo articular, cx generales con múltiples procedimientos y hemodinámica, así como el 100% de los procedimientos realizados por especialistas previamente identificados como sobre facturadores.	Diario.	La auditoría de concurrencia permite hacer una evaluación global y brinda un acercamiento en tiempo real a la atención prestada al paciente, permitiendo realizar correctivos a todas las dificultades que se presenten.	Oficina de auditoria.

10- Corrección de los hallazgos encontrados.	Auxiliar de facturación.	Realizando en el sistema las correcciones solicitadas por el Auditor médico y por coordinación de cirugía.	De inmediato una vez finalizada la auditoria.	En el informe de auditoría se describirán los hechos o situaciones detectadas, de tal forma que se expongan las observaciones y/o hallazgos, de acuerdo con los objetivos planteados en la auditoría lo cual redundará en la corrección a tiempo de las anomalías que pudieran llevar a glosa las cuentas.	Coordinación de facturación.
11 - Generación de la factura.	Auxiliar de facturación.	Genera la factura en el sistema de aquellas cuentas que no tengan pendientes. Se debe generar en un máximo de 24 horas después del egreso del paciente. Salvo las excepciones descritas y justificadas.	de inmediato una vez corregidos los hallazgos.	Se deben soportar todas las transacciones de venta de bienes y/o servicios.	Coordinador de facturación.
12 - Recepción de cuentas inactivas con pendientes y/o facturadas.	Coordinación de facturación.	Se recibe la autorización original, los documentos y copia de los soportes de la cirugía y la lista de chequeo con VoBo de la coordinación, y en caso de no existir pendientes la factura con el número de copias requeridas.	Al finalizar el turno.	Se debe alistar la entrega facturación a las EAPB o las diferentes entidades responsables del pago de servicios en salud.	Coordinación de facturación.

13 - Soportes pendientes.	Auxiliar de facturación del servicio.	Algunos soportes de manera justificada pueden faltar al momento de la entrega, en este caso se deja relacionado en el libro de pendientes y se fija el tiempo de entrega y el responsable de la consecución del soporte.	Se deben entregar a las 24 horas siguientes del reportado pendiente.	Los únicos soportes de las facturas de prestación de servicios y tecnologías en salud de que trata Artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 del 2016 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán los definidos en el Anexo Técnico No. 5, las entidades responsables de pago no podrán exigir soportes adicionales, el incumplimiento a esta obligación dará lugar a las acciones de vigilancia y control, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.18 del Decreto 780 de 2016”.	Coordinación de facturación.
14 - Facturación de cuentas inactivas pendientes.	Auxiliar de facturación.	Una vez creados los códigos de medicamentos (tiempo máximo 24 horas hábiles) e insumos, se realiza generación de factura de venta, debe asegurarse la factura de los insumos de alto costo y material de osteosíntesis.	Una vez creado el código	Dentro del proceso de auditoría, se debe realizar una validación de las cuentas médicas de acuerdo con lo establecido en la resolución 3047 de 2008 y el decreto 4747 de 2007 y las reglas de negocio de cada convenio, lo que permite asegurar que éstas cuenten con todos los soportes requeridos antes	Facturación cirugía consulta externa.

				de ser entregados a radicación.	
15 - Envíos.	Coordinador de facturación.	En el módulo de envíos del sistema, se busca la empresa y el plan, se asigna el rango de fechas en las cuales se encuentran comprendidas las facturas a radicar y se seleccionan la totalidad de estas. Todos los viernes y para aquellas empresas que solo reciben una sola vez en el mes, en las fechas estipuladas para la radicación.	Una vez culminado el proceso de facturación.	Así se debe garantizar la radicación en cartera del 100% de las facturas generadas.	Coordinación de facturación y dirección administrativa.
16 - Generación de RIPS y validación.	Auxiliar administrativo.	Generando los archivos planos con base a la resolución 3374 de 2000 y realizando la validación de estos.	Una vez se reciba la información.	El RIPS es importante en el proceso de facturación ya que, mediante el RIPS, nos deja verificar lo realizado durante el proceso de liquidación de cuentas médicas y nos ayuda a recolectar información para ser procesada en procedimientos estadísticos.	Coordinación facturación.

17 - Radicación en Cartera.	Coordinación de facturación	Ing. De sistemas	Una vez se generen los RIPS.	Luego de recibido, el departamento de cartera debe radicar los documentos ante las entidades responsables del pago en salud, generándose un número de radicación y fecha en que se recibe.	Cartera.
16 - Devolución de RIPS por errores.	Ing. De sistemas.	Se realiza una validación exhaustiva y corrección de errores y de la base de datos para que no se vuelvan a presentar.	Inmediato luego de la devolución por EPS (Max 2 días).	El archivo texto es un sinónimo de archivo ASCII y es aquel en el cual los caracteres se representan por su equivalente en código ASCII. Un archivo plano no contiene comandos de “formateo” sino que incluye solamente datos texto en formato ASCII.	Oficina de auditoria.

Modulo (6) Flujo respuesta a glosas:

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago. (Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009)

Tabla 14 (modulo 6)

Flujo respuesta a glosas

MODULO (6) FLUJO RESPUESTA A GLOSAS					
QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	POR QUE	DONDE
1 - Modulo flujo respuesta a glosas y devoluciones.	Gerencia. subgerencia administrativa, auditoría de cuentas médicas, cartera, coordinación facturación, auxiliares de facturación, Auxiliares administrativos.	El objetivo del Manual único de Glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas de los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.	Al estandarizarlo como proceso. (ver en índice de anexos numeral 6 el formato de respuesta a glosas)	Con la expedición del decreto 4747 de 2007 y su Resolución 3047 de 2008, modificada por la resolución 416 del 2009, las I.P.S. y las E.P.S-S tienen mecanismos y procedimientos claros con respecto a los términos para la presentación y trámite de las glosas que se generen, dando cumplimiento a los términos definidos en la normatividad vigente (Art. 23 decreto 4747 de 2007) y que permite una vez surta el trámite de las glosas y devoluciones mantener clara y depurada la cartera que presentan las diferentes Entidades a las cuales se les prestan servicios de salud.	Se institucionaliza en la IPS

<p>2 - Recepción de glosas y devolución de factura (Ver numeral 3 en índice de anexos, para consultar anexo técnico 06)</p>	<p>Entidades responsables del pago.</p>	<p>(Glosa - anexo técnico N° 6) Mediante una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud. (Devolución - anexo técnico 06) Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas...que no admite discusión o que corta cualquier posibilidad de réplica. La recepción de glosas debe radicarse en la oficina de la subgerencia administrativa en donde la secretaria debe dejar constancia en el original, la fecha y hora de su radicación respaldando con su nombre y firma el recibido de los documentos.</p>	<p>Dentro de los 20 días hábiles siguientes a la radicación por parte de la IPS.</p>	<p>una vez presentada la factura por los servicios de salud prestados, las entidades responsables del pago cuentan con veinte (20) días hábiles para formular y comunicar a los Prestadores de Servicios de Salud las glosas respectivas, teniendo en cuenta para ello la codificación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747”, D.O. 47.082 de agosto 15 de 2008. , modificada por las Resoluciones 416 de 2009 “Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones”, D.O. 47.272 de febrero 23 de 2009. y 4331 de 2012 “Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009”,</p>	<p>Entidades responsables del pago.</p>
---	---	---	--	---	---

				D.O. 48.651 de diciembre 21 de 2012. El artículo 1° del Decreto 133 de 2010 definió que el término para devolver las facturas es de 15 días. NOTA. Este Decreto fue declarado inexecutable, por lo que la norma vigente es la Resolución 3047 de 2008, donde se definen 5 días hábiles después de la presentación. (Consulta 44103-2010 Min salud).	
3 -Prohibición de formular nuevas glosas.	Entidades responsables del pago.	Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. (Art 57 de la ley 1438/2011).	En tanto no se derogue el artículo 57 de la ley 1438/2011.	Las entidades responsables del pago deben actuar con sujeción al principio de legalidad en lo que tiene que ver con la no formulación de nuevas glosas.	Dentro del proceso de respuesta de las entidades responsables del pago.
4 - Requisitos para presentación de glosas.	Entidades responsables del pago.	Los requisitos para la presentación y trámite de las glosas se encuentran definidos en el Decreto 4747 de 2007 Art. 23, adicionalmente se debe exigir e para el adecuado proceso de auditoría el cumplimiento de un mínimo de requisitos, los cuales deben quedar especificados en los contratos, como son: a. relación de documentos equivalentes a facturas glosados. b. numero de documento equivalente. c. nombre de usuario. d. servicio glosado y causa de la glosa. e. Anexar todos los soportes presentados por esos servicios. En este orden, el Ministerio de Salud, a través del artículo	Una vez presentada la factura por los servicios de salud prestados, las entidades responsables del pago cuentan con veinte (20) días hábiles para formular y comunicar a los Prestadores de Servicios de Salud las glosas respectivas.	La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos por el Ministerio de Salud, según lo establecido en el artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016. De igual manera se debe tener en cuenta el mecanismo establecido para la comunicación y aceptado por las partes para la notificación de las glosas, como para la recepción de las respuestas a las mismas estableciendo la constancia de recibido de Correo certificado, Fax, correo electrónico, etc., (éste debe	Entidades responsables del pago.

		2.5.3.4.12 de la misma Ley, estableció el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecieron la denominación, la codificación de las causas de glosa y la devolución de facturas.		guardar correspondencia con el establecido para la entrega de las cuentas de cobro). También se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.”	
5 - Causas de glosa.	Anexo técnico N° 6	Las entidades responsables del pago deben acudir a lo estipulado en el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas. (Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 DE 2009) en cuanto a los motivos por los cuales se puede glosar los cuales son: 1. Facturación 2. Tarifas 3. Soportes 4. Autorizaciones 5. Cobertura 6. Pertinencia 7. Devoluciones.	Se producen durante el proceso integral de atención medico administrativa al paciente y se detectan durante el proceso de auditoría de cuentas al interior de las entidades responsables del pago.	Su origen se debe a las inconsistencias que son detectadas en el auditaje de las facturas y soportes que realizan las entidades responsables del pago, es un proceso importante para ambas partes por cuanto se traduce en un recurso económico que va a tardar en llegar al flujo financiero de la IPS.	Anexo técnico 06.

6 - Tramite de glosas (distribución)	Gerencia. subgerencia administrativa, auditoría de cuentas médicas, jefe auditor, cartera, coordinación facturación, auxiliares de facturación.	<p>La subgerencia administrativa remitirá internamente a la oficina de auditoría de cuentas medicas las glosas radicadas para su respuesta y cuando en el mismo proceso de auditoría de cuentas medicas no pueden ser resueltas las objeciones una vez conocidas los motivos de las glosas, se identificará al responsable del proceso y se el enviará el documento para su respuesta.</p> <p>La distribución de la documentación contenidos en la glosa se hará el mismo día de su radicación a la oficina de auditoria médica para que los diferentes actores del proceso cuenten con el tiempo suficiente para análisis, subsanación respuesta oportuna.</p>	Dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción.	<p>El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.</p>	IPS
--------------------------------------	---	---	--	--	-----

<p>7 - Clasificación según el motivo de glosa. (1. Facturación 2. Tarifas 3. Soportes 4. Autorizaciones 5. Cobertura 6. Pertinencia 7. Devoluciones).</p>	<p>Oficina auditoría de cuentas médicas.</p>	<p>1. Se registra en el Software módulo de Radicación de glosa, se lleva un control de todas las glosas en el formato definido en el cual se consolida la respuesta. 2. se remite el documento de glosa al funcionario responsable de realizar el proceso de auditoría para que presente la respectiva respuesta (según el concepto), por medio de la cual se determina si se acepta de manera total o parcial dicha glosa, la respuesta debe ser entregada en el área de cartera en un término máximo de diez (3) días. (Se establece la fecha de recibido y la fecha máxima para su devolución, en la hoja de envío). 3. una vez entregada la respuesta de glosa en Auditoría de Cuentas Médicas se registra en el software modulo Tramite de Glosas, así como también en el formato de consolidación. 4. Se envía la respuesta de la glosa a la entidad respectiva. 5. En caso de que la glosa persista se programa entre las partes el proceso de conciliación anterior a la conciliación financiera con el área de cartera.</p>	<p>Ala recepción de glosas</p>	<p>El proceso de clasificación permite un trabajo más organizado de acorde al fin establecido, teniendo en cuenta el poco tiempo para responder (15 días hábiles) y el volumen de trabajo dentro de un hospital de segundo nivel.</p>	<p>IPS</p>
---	--	--	--------------------------------	---	------------

8. Corrección o aclaración de glosa.	Auditor médico.	Valorando si la glosa es o no pertinente, si no es pertinente se formula la respuesta sustentando la no pertinencia de tal glosa, si es pertinente se procede a verificar si la causa es subsanable o no; si lo es se procede a su reparación completando la documentación o información requerida, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso, si la glosa no es subsanable se procede a informar la aceptación de la glosa.	Una vez decepcionada la glosa.	Las correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la Gerencia para firmar la respuesta a las aseguradoras. Luego de realizado todo el proceso de respuesta de glosa, las glosas que persisten, se relacionan por entidad por el auxiliar administrativo de cuentas médicas y se remiten al Auditor Medico para su respectiva conciliación, la cual, se realiza conjuntamente entre auditores de las partes con el fin de encontrar solución a las diferencias que causaron la generación de la glosa.	IPS
9 - Evaluación de las glosas.	Auditor médico.	Llevando un detallado registro de las causas y haciendo evaluaciones periódicas.	Durante todos los procesos de respuesta a glosas.	Esto permite identificar aspectos como fallas de calidad en registros clínicos, en procesos de registros clínicos y facturación, en procesos técnico-administrativos y técnico científicos, por lo cual se deben implementar los correctivos mediante comité técnico científico gerencial que logrando mitigar y equilibrar financiera mente a la institución.	Oficina auditoría de cuentas medicas

10 - Registro.	Auditoria medica / subgerencia administrativa.	Al presentar las cuentas de cobro es necesario, dejar constancia de la fecha y la entrega de las respuestas a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.	Durante todos los procesos de respuesta a glosas.	Una vez presentada la respuesta a las glosas es necesario, registrar el monto de las glosas aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro para establecer el valor de final de la cuenta de cobro descontadas las glosas, e informar a contabilidad sobre las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados.	Oficina auditoría de cuentas medicas
11 - reiteración de glosas.	Entidades responsables del pago.	Cuando la aseguradora, reitera las objeciones presentadas a la cuenta de cobro y no acepta la respuesta dada por la E.S.E. se solicitará el concepto alguna instancia de la Dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como: Secretaria de Salud Departamental, Secretaria de Salud Municipal y Superintendencia Nacional de Salud; con el fin de determinar cuál de las partes tiene razón, también se puede recurrir a lo establecido en los contratos de prestación de servicios y revisar si están incluidas las cláusulas para la solución de conflictos entre las partes. De igual forma, en el proceso de cobro y como mecanismo de presión es necesario invocar lo establecido en el decreto ley 1281 2002	cuando las entidades responsables del pago lo consideren.	“Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto ley 1281 de 2002. En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor	Entidades responsables del pago.

		y decreto 4747 Artículo 24 de Decreto 4747.	glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.” En instancias mayores a falta de pago por parte de las entidades encargadas, se debe presentar el oficio remisorio de cobro perjudico o en su defecto el celebrar el acta de conciliación de cartera o acuerdo de pago.(Ver numerales 7 y 8 del índice de anexos)	
--	--	---	--	--

CONCLUSIONES

1. La importancia de un programa de auditoría eficiente, permite a las instituciones la disminución de glosas durante el proceso de facturación de cuentas médicas y media conllevando problemáticas relacionadas con áreas de facturación y auditoría de cuentas junto con un recurso humano inexperto en el proceso de facturación, estos venían afectando los resultados en la radicación de la factura mensual, disminuyendo así el recaudo de cartera y desmejorando el flujo de recursos, lo que traduce en un estancamiento y en casos extremos pérdida de los recursos financieros que permitirían una mejor atención integral a los usuarios fusionando en este aspecto la hotelería hospitalaria con la tecnología de punta para así lograr una atención en salud con calidad.
2. La auditoría de cuentas medicas está enmarcada en una serie de procesos normativos como lo es el Sistema Obligatorio de la Calidad en Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) compuesto por 4 componentes como lo son el Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA), y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (SIC) los cuales direccionan el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud y a su vez documentos normativos que direccionan los procesos de auditoría y facturación de cuentas médicas.
3. Dentro de los aspectos que influyen positiva y negativamente en un programa de auditoría de cuentas médicas, se contemplan los relacionados principalmente con el desconocimiento de las normas de ley que regulan las relaciones y acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadoras de servicios de salud, representaban una de las causas de glosa dentro de la E.S.E. SANVICENTE DE ARAUCA, ello reflejado en procesos laxos dentro de las áreas de facturación y auditoría

de cuentas junto con un recurso humano inexperto lo cual afectaba ostensiblemente la radicación de la facturación mensual.

4. Los recursos necesarios para lograr eficiencia de un programa de auditoría de cuentas medicas son principalmente el humano y el técnico. En el recurso humano la interacción y el razonamiento son insustituibles en la creación y ejecución de estrategias con base el recurso técnico visto como una herramienta enfocada en la optimización de procesos, tiempo y la forma de administrar negocios haciendo de las transacciones tareas rápidas dado que la alta velocidad de las comunicaciones permite la ejecución de programas bajo normas gubernamentales, así el establecimiento y estandarización de procesos y procedimientos permite la minimización de errores y variabilidad en la tareas. En este sentido el establecimiento del flujo de radicación de cuentas y respuesta a glosas permite destacar la importancia que tiene el marco legal vigente dentro del entendido del flujo de recursos constante que garanticen un buen y permanente funcionamiento de la institución prestadora de servicios de salud los cuales requieren evaluación y ajustes constantes detectando los puntos que requieran mayor atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACESI, 2017. Informe sobre la calidad y eficiencia del Control Fiscal Interno Vigencia 2017. [internet] 2017 [citado 26 febrero 2020] Disponible en:
<https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/1136923/Informe+Control+Fiscal+Interno+2017.pdf/26931b68-7f29-4ecc-9a30-969745397be9?version=1.0>
- Aplisalud, 2020 Auditoría de cuentas médicas, recuperado de
<https://www.aplusalud.com/servicios/auditoria-de-cuentas-medicas>
- Arauca E.S.E (2021). Portafolio de servicios. Arauca - Arauca/Colombia, de
<https://www.hospitalsanvicente.gov.co/explore/portafolio-de-servicios-institucional.html?download=208:portafolio-de-servicios>
- Arroyave- Zuluaga I. La organización de la salud en Colombia. Medellín. Hospital universitario San Vicente de Paul; 2009. 585 p. (1) disponible en www.periodicoelpulso.com. Consultado en 01/03/2021.
- Art. 48/1991 [Const], del 20 de Julio, La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Diario Oficial N. 51.544.
<http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>.
- Banco Finlandia, 2021. Programa de auditoría: ¿Qué es y cuales son sus objetivos? Recuperado de: <https://www.bancofinandina.com/finanblog/noticias/2020/03/11/programa-de-auditoria#:~:text=Un%20programa%20de%20auditor%C3%ADa%20es,las%20regulaciones%20internas%20y%20externas.&text=El%20auditor%20firma%20cada%20elemento,de%20trabajo%20de%20la%20auditor%C3%ADa>.
- Carvajal, T.S, 2021. ¿Qué es la auditoría de Cuentas médicas? Recuperado de
<https://www.carvajaltys.com/news/que-es-la-auditoria-de-cuentas->

Decreto 2423/1996, del 31 de diciembre, Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.961.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=76014>.

Decreto 4747/2007, del 7 de diciembre, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

DIARIO OFICIAL N. 46.835. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1550305>.

Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Extraído de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html#185

El hospital, 2015 ¿POR QUÉ USAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN (TI) EN LOS HOSPITALES?, recuperado de: <https://www.elhospital.com/blogs/Por-que-usar-tecnologias-de-informacion-TI-en-los-hospitales+107259>

García. F, 2006. Hospital como empresa. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/jrmoncho/el-hospital-empresa>

García. F, 2014. Hospital como empresa. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/frankgarciamos3/hospital-como-empresa>

Hospital San Ignacio, 2021. PORTAFOLIO DE SERVICIOS HOSPITAL SAN IGNACIO.

Recuperado de: <http://www.husi.org.co/servicios-y-especialidades/servicios-asistenciales/consulta-externa#:~:text=La%20Consulta%20Externa%20es%20un,para%20diferentes%20tipos%20de%20diagn%C3%B3sticos>.

Hospital universitario San Vicente de Paul; 2009. página 585 extraído de

www.periodicoelpulso.com.

Laudon C. & Laudon P, 2012, Administración de los Sistemas de Información. Tercera edición.

Kenneth C. y Jane C. Laudon Capitulo 4 p 9

- Ley 1474/2011, del 12 de Julio, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Diario Oficial No. 48.128.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1474_2011.html.
- Machuca, DA. La Auditoría concepto actual o antiguo. Ciencia y cuidado 2007; 4(4):51-57.
- Martínez, L. & Oviedo, T. 2016. Facturación & auditoría de cuentas en salud, Mauricio Leuro Martínez, Irsa Tatiana Oviedo Salcedo, Quinta edición, pág. 01, Eco ediciones
- MERTON. R, 2002. SOCIAL STRUCTURE AND ANOMIE, recuperado de:
<http://www.d.umn.edu/cla/faculty/jhamlin/4111/Readings/MertonAnomie.pdf>
- Michell. V, 2020. Cambian los soportes de cobro y el manual de devoluciones y glosas para el 2021, *consultor salud*, 2 pág. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/cambian-los-soportes-de-cobro-y-el-manual-de-devoluciones-y-glosas-para-el-2021/#:~:text=En%20este%20documento%20se%20establecen,de%20glosa%20o%20de%20voluci%C3%B3n%20general%3A&text=Devoluciones%3A%20Es>
- Min. Salud y Protección, 2018. circular externa 46 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección, Implementación de la Factura Electrónica, Extraído de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-46-de-2018.pdf>
- Ministerio de la Protección Social, 2007. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud Informe Final Capítulo 1. Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Ministerio de Protección Social, 2007. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de salud, 2000, CAPÍTULO 1. CONCEPTOS BÁSICOS. Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. Guías de Capacitación y Consulta pág. 6. Recuperado de:

https://www.academia.edu/36832724/RE_CREAR?email_work_card=thumbnail

Minsalud, 2021a. Aseguramiento al sistema general de salud. Recuperado de :

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubido/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

Minsalud, 2021b Auditoría para el mejoramiento de la calidad. Recuperado de :

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx#:~:text=%E2%80%8B%E2%80%8B%E2%80%8B%E2%80%8B%E2%80%8B,salud%20que%20reciben%20los%20usuarios.>

Minsaud, 2016. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). extraído de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatoriogarantia-calidad-SOGC.aspx>

Moncayo C, 2015, ¿Qué aspectos se deben tener en cuenta para elaborar un programa de

auditoría de información financiera?, extraído de <https://incp.org.co/que-aspectos-se-deben-tener-en-cuenta-para-elaborar-un-programa-de-auditoria-de-informacion-financiera/>

Osorio S, Guido, Sayes V, Nilda, Fernández M, Lautaro, Araya C, Ester, & Poblete M, Dennis. (2002). Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Revista médica de Chile, 130(2), 226-229. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000200014>

Parra y Cortes 2019. PARRA JIMÉNEZ Manuel Santiago, CORTES TRUJILLO Julián Javier (2019) GLOSAS Y DEVOLUCIONES: IMPACTO FINANCIERO, CAUSAS Y

OPCIONES DE INTERVENCIÓN EN LA E.S.E. BELLOSALUD, Medellín:
UNIVERSIDAD CES ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS SALUD
PÚBLICA. Pag 13 y 14

Pérez y Valencia, 2020. PÉREZ RAMÍREZ Carolina, VALENCIA CASTAÑO Angela María
(2020). CAUSALES DE GLOSAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD
COLOMBIANOS, Santiago de Cali, UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD ESPECIALIZACIÓN DE AUDITORIA EN SALUD.

Recuperado de:

<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5071/CAUSALES%20DE%20GLOSAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Politécnico Mayor, 2021. Auxiliar Administrativo En Salud Perfil Ocupacional. Recuperado de:

<https://www.politecnicomayor.edu.co/escuela-de-salud/auxiliar-administrativo-en-salud.html#:~:text=El%20auxiliar%20administrativo%20en%20salud,de%20salud%2C%20realizar%20actividades%20de>

Portafolio (2017). Flujo de caja, el gran problema del sector salud en Colombia. Recuperado el 23 de octubre del 2017, de <https://www.portafolio.co/innovacion/flujo-de-caja-el-gran-problema-del-sector-salud-en-colombia-510918>.

Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud Informe Final Capítulo 1. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Rodríguez Norma, 2016, INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011 extraído de

<https://www.hospitalsanvicente.gov.co/explore/mapa-de-procesos/procesos-de-evaluacion/control-interno/category/95-vigencia-2016.html?download=191:informe-pormenorizado-marzo-junio-de-2016>

Sánchez. D, 2017 / Bogotá D.C., Fundación Universitaria del Área Andina. 2017, recuperado de:
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1249/Cuentas%20Medicas%20y%20Conciliaciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SCARE, 2020. Lo que debe saber sobre procedimientos médicos ambulatorios en los que usted puede ser anestesiado o sedado. Recuperado de: <https://scare.org.co/novedades/lo-que-debe-saber-sobre-procedimientos-medicos-ambulatorios-en-los-que-usted-puede-ser-anestesiado-o-sedado/>

Supersalud (2020). Comunicado de prensa número 069 de 2020. Recuperado el 29 de mayo del 2020, de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-logro-acuerdos-por-56-mil-500-millones-entre-eps-e-ips>.

Torres. I, 2020. [Enfrentados cara a cara] programa de auditoría vs plan de auditoría. dos conceptos parecidos, pero no iguales. Recuperado de:
[https://iveconsultores.com/programa-auditoria-y-plan-de-auditoria/#:~:text=El%20Programa%20de%20auditoria%20debe,a%C3%B1o%20\(internas%20y%20externas\).](https://iveconsultores.com/programa-auditoria-y-plan-de-auditoria/#:~:text=El%20Programa%20de%20auditoria%20debe,a%C3%B1o%20(internas%20y%20externas).)

Velázquez. P, 2020. ESTAS SON LAS NUEVAS MODIFICACIONES PARA LA GENERACIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA, Paola Velásquez, 24 septiembre de 2020, recuperado de: <https://consultorsalud.com/modificaciones-de-la-factura-electronica/>

ANEXOS

Anexo N°1. Matriz de búsqueda de artículos base para la escritura de capítulos

MATRIZ DE BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS BASE PARA LA ESCRITURA DE CAPÍTULOS

TÍTULO DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO	AUTORES /AÑO	PROBLEMA	MÉTODO DE SOLUCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	ACCESOS
AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS EN UNA IPS PÚBLICA DE NIVEL I DE ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.	/Yamil Antonio Aljure Lis /2013	El componente de finanzas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.), tanto de origen público y privado, se ven expuestas negativamente por las glosas y la subfacturación interpuestas por las Entidades Responsables del Pago, los cuales apelan a la aplicación sistemática de esta práctica como estrategia para mejorar sus indicadores financieros.	La intervención proactiva mediante una herramienta de auditoria que posibilite un diagnóstico y detección de las fallas en aplicación de procesos y su relación con el fin de ejercer acciones de aprendizaje organizacional y un mejoramiento continuo.	Cinco ejes componen el instrumento propuesto para la evaluación del servicio de facturación de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde así: 1- Recurso humano. 2- Infraestructura y dotación. 3 - Procedimientos prioritarios. 4- Registros. 5- Riesgos	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.), deben contar con departamentos de facturación que impidan la pérdida de recursos por dos vías: la falta de conciliación entre los servicios prestados y los cobrados y por la interposición de glosas u objeciones al pago por parte de los responsables del pago. La investigación permitió recopilar información concerniente a la contratación, ejecución y facturación de servicios de salud en la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino y detectar los puntos de control susceptibles de intervención, para así tenerlos en cuenta en el diseño del instrumento propuesto. Esto permitirá a la empresa mejorar el proceso de facturación de cuentas médicas.	http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1154/2/Documento de Tesis.pdf

TITULO DEL ARTICULO CIENTÍFICO	AUTORES /AÑO	PROBLEMA	MÉTODO DE SOLUCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	ACCESOS
AUDITORIA AL PROCESO DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA , CUNDINAMA RCA	Víctor Alfonso Olarte Flórez / 2018	Se encuentra que la información existente de las causas de las glosas no había sido estudiada en años anteriores, también se desconocía cuáles eran las de mayor incidencia, por tanto, no se tomaban correctivos con el fin de disminuir glosas y optimizar recursos, tampoco se consideraba al auditoria como una oportunidad de mejora, tornando el tema de glosas en un círculo sin fin.	Aminorar el impacto negativo que tienen las glosas en el presupuesto del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, a través de la auditoria al proceso y una correcta gestión de glosas	Se evidencio falta de capacitación al personal del área encargada, falta de herramientas tanto para la elaboración como para la generación de la factura, falta relacionar el área administrativa con la asistencial para lograr mejoras en los procesos, ausencia de líneas de responsabilidad	El objetivo de la estandarización de procesos, es la aseguranza del buen desempeño del talento humano y la mejora de los procesos con base en la seguridad y confiabilidad durante la ejecución de los mismos. Se debe garantizar la unificación de criterios en el desarrollo de la factura.	https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7128/1/2018_auditoria_proceso_facturacion.pdf

TITULO DEL ARTICULO CIENTÍFICO	AUTORES /AÑO	PROBLEMA	MÉTODO DE SOLUCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	ACCESOS
CAUSALES DE GLOSAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD COLOMBIANOS	Carolina Pérez Ramírez / Ángela María Valencia Castaño/ 2020	Dentro del sistema de salud actual, en el cual las E.P.S. generan pagos a las I.P.S. surgen constantemente controversias en el momento de realizar la auditoría de cuentas radicadas, estas controversias se conocen con el nombre de glosas y generan pérdidas económicas. Vista la situación a nivel general se observa que se generan problemas de liquidez monetaria y descuentos notables a las I.P.S. sobre su proceso de facturación.	Aportar desde la academia nuevo conocimiento legal que provenga de los organismos reguladores de la materia. Tamizar los rasgos característicos de las glosas generadas en el país, para que de esta forma se contribuya con una propuesta de mejoramiento tendiente a subsanar los caucos de mayor incidencia en el tema de glosas.	Las ESE deben monitorear las causas que afectan a sus ingresos, una de ellas como se pudo observar a través de este trabajo, es la categorización del trabajo, es la categorización de las glosas realizadas a la facturación. Se llegó al diseño de una herramienta sobre criterios de validación de facturas la cual permite parametrizar contratos entre E.P.S. e I.P.S. El mayor aporte de glosas a nivel nacional lo hace Coomeva. La auditoría contribuye de manera oportuna a evitar las no conformidades y a intervenir en los servicios verificando que las solicitudes realizadas por los profesionales de la salud sean pertinentes.	Se pudo evidenciar que la falta de personal capacitado es uno de los mayores problemas en las ESE. El impacto de las glosas compromete directamente la liquidez de las instituciones de salud. Se hacen recomendaciones específicas y generales que pueden reducir el efecto negativo de las glosas. Capacitación constante del personal y de los jefes inmediatos los cuales deben de realizar un seguimiento a los procesos críticos con el fin de garantizar la reducción del seguimiento a los procesos críticos con el fin de garantizar la reducción de las identificar oportunamente errores y demoras en los procesos administrativos.	https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.1242/1/5071/CAUSALES%20DE%20GLOSAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Los%20motivos%20m%C3%A1s%20comunes%20de,doble%20cobro%20o%20mal%20facturado.

TÍTULO DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO	AUTORES /AÑO	PROBLEMA	MÉTODO DE SOLUCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	ACCESOS
PROPUESTA DE METODOLOGÍA PARA LA AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL TOLIMA.	Yamile C. Benítez, Francy T. Ramos y Ingrid K. Rengifo/ 2020	Día a día el volumen de datos e información en el área de la salud es mayor, este volumen circula frente al proceso de atención como dentro del aumento de la cantidad de información a procesar, así surgen los desafíos que hacen necesaria una mejora continua, esto genera varios problemas en la recolección y análisis de los datos en salud.	El presente estudio plantea realizar en primer lugar un análisis de los elementos más relevantes tanto epidemiológicos, como en materia de costos, de los registros del año 2019, y en segundo lugar, diseñar una metodología que facilite la labor del personal de auditoría para disminuir los errores, de igual manera, mejorar el porcentaje de glosa y desde el punto de vista asistencial que optimice la atención recibida por los usuarios en la red externa.	Dentro de la variable glosas, se analizó en la base de datos cual fue el porcentaje de glosas, de los 379 registros, fueron ubicados 11 registros de glosa lo que corresponde a un 2.9%. Dentro de la Categoría Glosa Se distinguió el motivo de la glosa, determinando la mayor cantidad de glosas a qué corresponden y así, preparar a los auditores para ser más acuciosos mejorando los niveles en todas las categorías. En el análisis de la variable diagnóstico sugiere la proporción del tipo de patologías por las cuales consultan los pacientes a la red contratada, fue analizada comparando los datos de número de pacientes y código CIE-10. Para variable cups se registraron 190 códigos de procedimientos, aquí pudo identificarse uno de los errores en el proceso de	Se pudo evidenciar una falencia en la construcción de la herramienta utilizada por la UPRES para realizar el consolidado de datos de auditoría en cuentas médicas. Existe la necesidad de implementar un sistema de digitalización de utilizada por la UPRES para realizar el consolidado de datos de auditoría en cuentas médicas. Existe la necesidad de implementar un sistema de digitalización de utilizada por la UPRES para realizar el consolidado de datos de auditoría en cuentas médicas. Existe la necesidad de implementar un sistema de digitalización de asignación de personal en el área de concurrencia de acuerdo con las necesidades, pues se debe elevar el nivel de control y seguimiento a la atención. Número y categorías de glosa. Se requiere una herramienta tecnológica amigable que permita digitalizar la información de manera acertada, ajustada y pertinente. es muy necesario que posterior a estos ajustes se elabore un protocolo ajustado del proceso pudiendo ser modificado de manera periódica para que conlleve a mejorar condiciones de atención a los usuarios y optimizar recursos financieros para la Entidad.	https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9958/RamosFrancy2020?sequence=2&isAllowed=y

				registro de datos con la falta de diligenciamiento de celdas de la herramienta de facturación que la Entidad de datos con la falta de diligenciamiento de celdas de la herramienta de facturación que la Entidad de datos con la falta de diligenciamiento de celdas de la herramienta de facturación que la Entidad maneja, se consideraron también variables como Prestador de Servicios, Errores del formato y tipos de atención.		
--	--	--	--	--	--	--

TITULO DEL ARTICULO CIENTÍFICO	AUTORES /AÑO	PROBLEMA	MÉTODO DE SOLUCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	ACCESOS
GLOSAS Y DEVOLUCIONES: IMPACTO FINANCIERO, CAUSAS Y OPCIONES DE INTERVENCIÓN EN LA E.S.E. BELLOSALUD	Manuel Santiago Parra Jiménez/Julián Javier Cortes Trujillo/ 2019	Cuando no se cumplen los requisitos estamos ante una situación de no conformidad o de no calidad, por lo tanto, los costos de la no calidad son los costos que se generan cuando no se hacen las cosas bien desde la primera vez; son los costos del tiempo, del esfuerzo y de los materiales perdidos; Las glosas aplicadas a la facturación de cada año se asumen como costos de no calidad principalmente en la contratación por capitación y de forma mensual en los contratos por evento generando un desequilibrio financiero para la institución, dado que por este motivo se pueden causar	Utilizar las herramientas necesarias para poder garantizar la minimización de errores en la prestación del servicio desde los procesos administrativos hasta los misionales, optimizando al máximo para poder llegar a un cierre operacional corriente sin cargar pasivos de vigencias anteriores que generan grandes afectaciones financieras que afectan totalmente la gestión realizada en aras de generar beneficios para la población del Municipio de Bello.	Los resultados en cuanto a las glosas se pueden observar desde tres grupos, en el primero las descripciones u observaciones con que la institución identifica las glosas que se le realizan en las bases de datos, observaciones donde se plasma el motivo por la cual se realiza esta glosa o devolución, esta es la única clasificación que hace la entidad; Seguidamente esta la clasificación de las causas de la glosa o motivos basados en el anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, donde se presenta una codificación general y específica para la identificación de estas causas y en tercer lugar esta la categorización por Factores Críticos de Éxito en el cual se estandariza todas las observaciones con que cuenta la base de datos institucional, para	La ESE Bello salud debe monitorear las causas que afectan a sus ingresos, una de ellas es la categorización de las glosas realizadas a la facturación, causa que afecta directamente los estados financieros y por supuesto el presupuesto anual de la entidad. En cuanto a los factores críticos de éxito en la auditoría de cuentas médicas, las fuentes de objeciones de mayor relevancia para impactar en la Empresa Social del Estado son: Contratación, Errores de facturación y procesos asistenciales, porque en ellas, se observa una gran cantidad de problemas, produciendo el mayor valor de pérdidas. Se encontró que dentro de las causas frecuentes de glosas está las diferencias entre lo pactado en cada contrato y lo facturado. Los problemas al momento de la admisión son errores en el modo de ingreso de los pacientes en los diferentes servicios ofrecidos dentro de las distintas sedes los que también genera glosas. Con base en la Resolución 3047 de 2008 (4) se podría concluir que las glosas asociadas a errores en la admisión son las más frecuentemente encontrada siendo la causa específica, el que se factura paciente como evento, pero este corresponde a la capitación, seguido de usuario o servicio corresponde a otro asegurador diferente al ingresado.	https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4026/5/8162052_2019.pdf

		<p>pasivos que afecten la operación corriente de cada vigencia fiscal, al no contar con los recursos para el pago de proveedores en muchas ocasiones afectando al usuario interno con deudas laborales que en ocasiones se pueden convertir en el paro de la prestación de los servicios de salud.</p>		<p>identificar aquellos factores que influyen en el no cumplimiento de las metas empresariales.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

TÍTULO DEL ARTICULO CIENTÍFICO	AUTORES /AÑO	PROBLEMA	MÉTODO DE SOLUCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	ACCESOS
MEJORA DEL PROCESO DE LA FACTURACION DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR DE BOGOTA A PARTIR DE LA METODOLOGIA SIX SIGMA	Sebastián Céspedes Otálora Bibiana Paola Vivas Álvarez/ 2018	Demora en el recaudo de recursos económicos producto de la facturación de servicios de salud	Se priorizaron las soluciones según su factibilidad, impacto, posibles beneficios, costos y tiempo de implementación, escogiendo así desarrollar un programa de control para los ingresos abiertos. Como resultado del uso de la herramienta se espera que los ingresos abiertos se puedan monitorear fácilmente en cualquier momento, reduciendo el tiempo de generación de informes por unidad en 97%, y de esta forma facilitar el trabajo del líder del proceso, líderes de unidades y técnicos en el seguimiento y control de estas facturas impactando positivamente el indicador de ingresos abiertos y disminuyendo el tiempo de recaudo de recursos.	Con el resultado del uso de la herramienta se espera que los ingresos abiertos se puedan monitorear fácilmente en cualquier momento, reduciendo el tiempo de generación de informes por unidad en 97%, y de esta forma facilitar el trabajo del líder del proceso, líderes de unidades y técnicos en el seguimiento y control de estas facturas impactando positivamente el indicador de ingresos abiertos y disminuyendo el tiempo de recaudo de recursos.	Se identificaron y documentos puntos críticos del proceso, se midió la labor de cada persona que interviene en el proceso, se plantearon estrategias y soluciones que permitan enriquecer y mejorar los resultados del proceso. La metodología Six Sigma permitió estructurar el desarrollo del proyecto por medio de las 5fases, Definir, Medir, Analizar. se estructuraron 3 propuestas como solución a las dificultades encontradas.	https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/documentos/ESTUDIO%20DOS-MEJORAMIENTO%20PROCESO%20FACTURACION.pdf

Anexo N°2 Matriz 5w1h*Matriz 5w1h*

QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	POR QUE	DONDE

Anexo N°3 Anexo Técnico No. 6, Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación

MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACIÓN

Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

DEFINICIONES

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Objetivo

El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

Elementos de la codificación

La codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

General	Específico
6	53

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico

Código	Concepto
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido.
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos

33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura va cancelada
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad, pactadas en el contrato por capitación.

RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCIÓN

96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ¹
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

En la **Tabla No. 3** se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

Tabla No. 3. Código de Glosa

General	Especif.	Descripción
Facturación		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos

	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
	11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
	13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	14	Error en suma de conceptos facturados
	15	Datos insuficientes del usuario
1	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
	23	Procedimiento o actividad
	24	Falta firma del prestador de servicios de salud
	25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
	51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
	52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
	54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad, pactadas en el contrato por capitación

Tarifas

	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
2	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas

¹ Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

General	Especif.	Descripción
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados
Soportes		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	20	Recibo de pago compartido
	30	Autorización de servicios adicional
3	31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
	32	Detalle de cargos
	33	Copia de historia clínica completa
	35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
	36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
	37	Orden o fórmula médica
	38	Hoja de traslado en ambulancia
	39	Comprobante de recibido del usuario
	40	Registro de anestesia
	41	Descripción quirúrgica
	42	Lista de precios
	43	Orden o autorización de servicios vencida
Autorización		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	08	Ayudas diagnósticas
4	23	Procedimiento o actividad
	30	Autorización de servicios adicionales
	38	Traslado en ambulancia
	43	Orden o autorización de servicios vencida
	44	Médico que ordena no adscrito
Coberturas		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
5	23	Procedimiento o actividad
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	45	Servicio no pactado
	46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito
Pertinencia		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas

6	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente

Devoluciones

8	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada	

Respuestas a Glosas o Devoluciones

9	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ²
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

Manual de Uso

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportuidades pactadas en el contrato por capitación.

101	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
-----	----------	---

102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post-quirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
103	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad
104	Honorarios de otros Profesionales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad
105	Derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

² Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

107	Medicamentos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	Ayudas diagnósticas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.</p>
110	Servicio o insumo incluido en paquete	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado</p>
111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con lo pactado.
112	Factura excede topes autorizados	<p>Aplica cuando La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.</p>
113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas)	<p>Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.</p>
114	Error en suma de conceptos facturados	<p>Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.</p>

115	Datos insuficientes del usuario	Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
117	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
119	Error en descuento pactado	Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
120	Recibo de pago compartido	Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.
122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas, de acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.

124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutivez y oportunidad.	Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.

1. Tarifas

Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

201	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
-----	----------	---

202	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que
204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	<p>Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada.</p> <p>No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.</p>
223	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
229	Recargos no pactados	Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

2. Soportes

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
302	Consultas, interconsultas y visitas	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen
304	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
307	Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios. Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.
308	Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.

331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en
333	Copia de historia clínica completa	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	Formato ATEP	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los toques.
337	Orden o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de anestesia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información.

3. Autorizaciones

Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

401	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al
402	Consultas, interconsulta y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución.</p> <p>No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.</p>
438	Traslado	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. 2. No aplica en caso de traslados de urgencias.
443	Orden o autorización de servicios vencida	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud
444	Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

4. Cobertura

Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT)	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

4. Pertinencia

Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.

603	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
605	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

8. Devoluciones

Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas.

816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago <p>Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.</p>
817	Usuario retirado o moroso	<p>Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago.</p> <p>Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.</p>

821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. <p>Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.</p>
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias	<p>Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos.</p> <p>No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias.</p> <p>Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.</p>
849	Factura no cumple requisitos legales	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

9. Respuestas a glosas y devoluciones

Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago

996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

Anexo N°4, Anexo Técnico N°1. Informe de Posibles Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago

ANEXO TÉCNICO No. 1

INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			
NUMERO INFORME		Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Hora: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
INFORMACION DEL PRESTADOR			
Nombre		NIT	<input type="text"/>
		CC	<input type="text"/>
		Número	<input type="text"/>
Dirección prestador:			
Código	<input type="text"/>		
Teléfono:	indicativo	número	
Departamento:		Municipio:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)			CODIGO:
Tipo de inconsistencia <input type="checkbox"/> El usuario no existe en la base de datos <input type="checkbox"/> Los datos del usuario no corresponden con los del documento de identificación presentado			
DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)			
1er Apellido		2do Apellido	
1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		Número documento de identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono:
Departamento:		Municipio:	
Cobertura en salud			
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre no Asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro
INFORMACION DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA			
VARIABLE PRESUNTAMENTE INCORRECTA		DATOS SEGUN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (fisico)	
<input type="checkbox"/> Primer Apellido	Primer Apellido: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Segundo Apellido	Segundo Apellido: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Primer Nombre	Primer Nombre: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Segundo Nombre	Segundo Nombre: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Tipo Documento de Identificación	Tipo Documento de Identificación: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Número Documento de Identificación	Número Documento de Identificación: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Observaciones			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA			
Nombre de quien reporta		Teléfono	
		indicativo número extensión	
Cargo o actividad:		Teléfono celular:	

**INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS
DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO**

INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto colaborar en la detección de posibles errores en las bases de datos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social. Debe ser diligenciado por la persona responsable de consultar la base de datos durante la verificación de derechos de los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando detecte que los datos que se encuentran en la base de datos provista por la entidad responsable del pago o en la base de datos del Ministerio de la Protección Social difieren de los datos que presenta físicamente o informe el usuario, o cuando el usuario no aparece en la base de datos y presenta una documentación que lo acredita como afiliado.

Las posibles inconsistencias pueden ser: errores en la escritura de los nombres o apellidos, errores en el tipo y número del documento de identidad, errores en la fecha de nacimiento o inexistencia del usuario en la base de datos. Es importante aclarar que si las diferencias permiten considerar que se trata de dos personas distintas no opera este reporte.

La información general del prestador puede estar preimpresa en los formatos.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

Diligenciamiento

Número informe	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.

Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
Tipo de inconsistencia	Marque con una "X" la opción pertinente.

Datos del usuario (como aparecen en la base de datos)

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia Habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE

Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud.	Marque con una “X” la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios.

Información de la posible inconsistencia


Variable posiblemente incorrecta	Marque con una “X” la opción correspondiente al dato o datos que se considera(n) posiblemente incorrecto(s).
Datos según documento de identificación (físico)	SOLAMENTE en los casos en los que exista diferencia, registre la información, EXACTAMENTE como figura en el documento físico presentado por el usuario.
Observaciones	Registre la información adicional que considere puede ser importante para mejorar la calidad de las bases de datos en relación con la identificación del usuario.

Información de la persona que reporta

Persona que reporta	Registre el nombre completo y el cargo o actividad desempeñada por la persona que reporta la posible inconsistencia.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Anexo N°5. Resolución 3047/2008. Anexo técnico No2, Informe de la Atención de Urgencias

**ANEXO TÉCNICO No. 2
INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS**

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
			
INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS			
NUMERO ATENCION	Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m m		
INFORMACION DEL PRESTADOR			
Nombre	NIT cc Número DV		
Código	Dirección prestador:		
Teléfono: indicativo número	Departamento: Municipio:		
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	CODIGO:		
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento	a a a a - m m - d d	
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:	Municipio:		
Cobertura en salud			
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro
INFORMACION DE LA ATENCION			
Origen de la atención		Clasificación Triage	
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input type="checkbox"/> 1. Rojo
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> 2. Amarillo
			<input type="checkbox"/> 3. Verde
Ingreso a Urgencias			
Fecha: a a a a - m m - d d	Hora: h h : m m	Paciente Viene Remitido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del prestador de servicios de salud que remite		Código	
Departamento:	Municipio:		
Motivo de consulta:			
Impresión Diagnóstica:			
Diagnóstico principal	Codigo CIE10	Descripción	
Diagnóstico relacionado 1			
Diagnóstico relacionado 2			
Diagnóstico relacionado 3			
Destino del Paciente			
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Internación	<input type="checkbox"/> Contrarremisión	
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Remisión	<input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA			
Nombre de quien informa	Teléfono		
	indicativo	número	extensión
Cargo o actividad:	Teléfono celular:		

INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben remitir los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago cuando se presta a un paciente el servicio de atención inicial de urgencias. Debe ser diligenciado por el funcionario que designe el prestador, una vez el médico tratante haya establecido la impresión diagnóstica y definido el destino del paciente.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución

Diligenciamiento

Número atención	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

Nombre IPS	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del

	DANE.
Entidad a la que se le informa (pagador)	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”.
	No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una “X” la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud	Marque con una “X” la opción correspondiente al tipo de cobertura en salud sobre la cual el paciente está solicitando servicios.

Información de la atención

Origen	Marque con una “X” la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la consulta del paciente al servicio de urgencias. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Clasificación Triage	Seleccione la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de la Protección Social.

Ingreso a Urgencias	Registre la fecha y hora en la cual ingresó el paciente al servicio de urgencias. Siga el formato año, mes, día y hora en formato de 24 horas.
Paciente viene remitido	Seleccione la opción pertinente. En caso afirmativo, registre el nombre del prestador remitente, así como el código de habilitación, el nombre del departamento y del municipio en el cual se encuentra ubicado dicho prestador con los códigos asignados en la codificación del DIVIPOLA.
Motivo de Consulta	Registre brevemente el motivo de consulta que originó la atención inicial de urgencias.
Impresión Diagnóstica	Registre el código y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el diagnóstico principal como para los diagnósticos relacionados que definió el médico luego de la atención inicial de urgencias.
Destino del paciente	Registre con una “X” la opción adecuada. La opción “Contrarremisión” debe ser marcada en el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el profesional defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente. Marque “otro” si el paciente es enviado a otra entidad no hospitalaria: ancianato, albergue, cárcel, entre otras.

Información de la persona que informa

Persona que informa	Registre el nombre completo y el cargo o la actividad desempeñada por quien elabora el informe.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Anexo N°6. Formato de Respuestas a Glosas

FORMATO DE RESPUESTA A GLOSAS

FECHA: _____

OF DE REFERENCIA _____

ENTIDAD _____

NIT _____

OF DE AUDIT. N° _____

N° CUENTA	N° FACTURA	VALOR GLOSADO	VALOR ACEPTADO POR GLOSA	VALOR NO ACEPTADO	CONCEPTO DE APELACION
	TOTAL				

Recuerde el DECRETO 1281 en su artículo séptimo establece que las Glosas que resulten infundadas, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta.

Anexo N°7. Oficio Remisorio a Gerencia Informando Cartera para Proceso Prejurídico**OFICIO REMISORIO A GERENCIA INFORMANDO CARTERA PARA PROCESO PREJURÍDICO****Doctor:**

Ciudad,

REF: SITUACION CARTERA - ESE

Cordial saludo:

Relacionado con el asunto de la referencia, por medio de la presente me permito comunicarle que actualmente la EPS-S..... adeuda a la E.S.E. la suma de..... MCTE. (\$)). La cual se distribuye según su morosidad de la siguiente manera:

ENTIDAD	NO VENCIDAS	31 A 60	61 A 90	91 A 180	180 A 360	MAYOR 360	TOTAL

El área de cartera de la E.S.E. C.E.O., ha realizado gestión de seguimiento y cobro respectivo (llamadas, Cobros persuasivos 1 y 2,) sin que a la fecha dicha entidad realice la cancelación del valor adeudado, por lo cual, respetuosamente, se sugiere iniciar las acciones Jurídicas tendientes a la recuperación de dicha cartera.

Atentamente,

.....

Asesora de Cartera y Facturación

PODER GENERAL

Anexo N°8. Acta de Conciliación de Cartera y/ o Acuerdos de Pago**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO****ACTA DE CONCILIACIÓN DE CARTERA Y/ O ACUERDOS DE PAGO**

ACTA No. _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

En la ciudad _____ el día ___ de ___, se reunieron ___ y ___ con el fin de firmar acuerdo de pago según la cartera que adeuda a la E.S.E. por concepto de prestación de servicios en salud según los contratos firmados entre las partes.

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			
VALORES A CONCILIAR			
TOTAL CARTERA			
ACUERDO DE PAGO	\$		
DETALLE DE LA CONCILIACIÓN			
COMPROMISO DE PAGO			
NOMBRE CARGO FIRMA			