

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

RESOLUCION No. 1784 DE 2025

(09 de junio 2025)

“POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA EL MANUAL INTERNO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN, LIQUIDACIÓN DE FACTURAS ELECTONICAS, TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN BOSCO DE BOSCONIA CESAR”

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco, en ejercicio de sus atribuciones legales y, especialmente, de las que le confieren los artículos 209 de la Constitución Nacional, atendiendo al Artículo 185 de la Ley 100 de 1993, Artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, los Artículo 2.5.3.4.10, Artículo 2.5.3.4.12. del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y

Considerando

Que en el artículo 185 de la ley 100 de 1993, estableció que las Empresas Social del Estado tendrán la obligación de un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

Que el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019 determinó que todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar factura electrónica en salud para el cobro de los servicios y tecnologías en salud la cual deberán presentar, al mismo tiempo, ante la DIAN y ante la entidad responsable de pago, con sus soportes en el plazo establecido en la ley; adicionalmente dispuso que la generación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- se debe realizar al momento de prestar el servicio, de la entrega de tecnología en salud o del egreso del paciente.

Que la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales — DIAN expidió la Resolución 042 de 2020 a través de la cual desarrolló los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta 'como título valor y habilitó la URL <http://url.minsalud.gov.co/facturacion-electronica> en la que se incorporará la información propia del sector salud, que, complementaria a las disposiciones que establezca esa entidad.

Que, mediante la Resolución 1036 de 2022, se reglamentó el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS, las reglas de validación a la información que deben aplicarse a este

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

ya la factura electrónica de venta en salud que soportan, así como el envío de este conjunto de información al Ministerio de Salud y Protección Social.

Que por este motivo es que se actualiza el Manual interno del proceso de Facturación, Liquidación de facturas electrónicas, Contestación de Glosas y Devoluciones del Hospital San Juan Bosco Empresa Social del Estado del municipio de Bosconia Cesar, para que sirva de herramienta fundamental en el desarrollo de las diferentes actividades por parte de los facturadores, liquidadores y profesional de auditoría de cuentas médicas, el cual lo podrán consultar al momento que requieran o alguna duda que exista en facturación, liquidación y contesta de las glosas.

Que el presente manual se actualiza para que sirva como apoyo a la facturación de los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización en los Régimen Contributivo EPS, Subsidiado EPSS, Otros Regímenes, atención de Víctimas de Accidentes de tránsito y Eventos Catastrófico, atención a los usuarios Particulares, Población usuarios países fronterizos que ingresan de forma irregular al territorio nacional, y población pobre y vulnerable no cubierto con el subsidio a la oferta, usuarios de IPS Privadas, convenios interadministrativo, y demás servicios que preste el hospital a las Entidades Responsables del Pago de los servicios de salud que se le preste a la población que tengan a su cargo sen el Artículo 2.5.3.4.3 de decreto 780 de 2016 D.U.R.

Que, en armonía con los artículos 2.5.3.4.3.1 y subsiguientes de la Sección 3 del Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Resolución 2284 de 2023, Resolución 2275 de 2023, Resolución 2335 de 2023, se hace necesario actualizar manual interno del proceso de facturación, liquidación de facturas electrónicas, tramite de glosas y devoluciones para la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar, para el trámite de las Devoluciones, Glosas y Respuestas, el detalle del seguimiento a la ejecución en la radicación, y recusado de los valores facturados.

Que según acuerdo 019 de 12 de febrero de 2019, se faculto al señor gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar, para que expidiera Manual interno de Facturación, Liquidación y Contestación de Glosas del Hospital San Juan Bosco Empresa Social del Estado del municipio de Bosconia Cesar.

Por lo anterior,

Resuelve

Artículo primero. Establecer y Adoptar la actualización Manual interno del proceso de Facturación, Liquidación de facturas electrónicas, Contestación de Glosas y Devoluciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco del municipio de Bosconia Cesar, tal cual como se presenta a continuación:

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Actualización del Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación y Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y devoluciones para la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

Contenido

Introducción	10
Normativa	12
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
Reseña Histórica de la ESE Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.	15
Definición de facturación por venta de servicios hospitalarios:	17
M i s i o n:	17
Objetivo general:	17
Objetivos específicos:	17
Etapas generales de la facturación	18
Etapas generales de la facturación	19
Información básica para facturación	20
Labor del área de facturación	20
Ingreso del usuario y generación de datos	20
Generación los registros de datos relacionados servicio	20
Liquidación de las facturas electrónicas de ventas en salud FEV SALUD	21
Análisis y evaluación de la FEV	21
Dependencia de facturación estructura orgánica	22
Recursos dependencia de facturación	23
Recursos de información	23
Recurso tics y útiles de oficina	25
Descripción de las funciones del recurso humano:	26

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Jefe Administrativo de Facturación	26
Auditor de facturas por venta de servicios de salud.	27
Auxiliar administrativo – Facturador cajero	28
Auxiliar administrativo (Armado de facturas y soportes).....	29
Auxiliar administrativo de fracturas en salud (FEV).....	30
Auditoria previa de la factura electrónica de venta en salud (Revisión y Corrección).....	31
Armado y envío de las facturas electrónicas	31
Clasificación y archivo de documentos.....	31
Corrección de errores posteriores a la radicación de la factura:.....	32
Preparación de la Factura Electrónica de Venta en salud	32
Auditoria de facturas de ventas.....	32
Auditoria medica de facturas de ventas de servicios de salud.....	33
Auditoria previa a la presentación de las facturas de ventas de servicios de salud.....	33
Insumos de información para las AMFVS	34
Actividades realizadas en el proceso de AMFVS	34
Actividades realizadas en el proceso de AMFVS	34
Auditoria administrativa de facturas por venta de servicios de salud	35
Soportes de las facturas de prestación de servicios. facturas o documentos soportes:	37
Denominación, definición y contenido.....	38
Contenido de la descripción quirúrgica:.....	41
Contenido del registro de anestesia:.....	42
Contenido de la hoja de traslado asistencial de personas.....	43
Listado de soportes de cobro según modalidad de pago:	47
Listado máximo estándar de soportes de cobro para todas las modalidades de pago prospectivas:.....	47
Listado estándar de soportes de cobro según tipo de prestaciones para la modalidad de pago por evento:.....	49

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Referentes técnico y legal de los procesos de prestación de servicios de salud en la E.S.E Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.	53
Clasificación de la población por tipo de afiliación al S.G.S.S.S	53
Población usuaria asegurada	53
Régimen contributivo	53
Régimen subsidiado	53
Población sin un seguro de salud.....	53
No asegurados en condiciones de pobreza o vinculados	53
No asegurados con capacidad de pago	54
Clasificación de la población por tipo de evento para ser atendido en el S.G.S.S.S.	54
Dinámica de la atención al usuario en el Momentos de la atención.....	54
Admisión del usuario a los servicios	55
Prestación de servicios de salud a los usuarios	55
Salida del usuario de los servicios hospitalarios	55
Procesos para la atención al usuario.....	55
Información	55
Identificación y clasificación del usuario	56
Comprobación de derechos	56
La verificación de derechos consiste en constatar	57
Apertura de la historia clínica	57
Programar la atención y citar al usuario al servicio.....	58
Facturación.....	58
Proceso de facturación	58
Afiliación de oficio	59
Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT	60
Inicio de la afiliación de oficio en el SAT por parte del autorizado.....	61
Aspectos para la afiliación de oficio en el SAT	61

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Modificación de la afiliación de oficio	62
Afiliación de recién nacido y de padres no afiliados	63
Imagen paso a paso afiliación de oficio	63
Atención y Aseguramiento y atención a población migrante.....	64
Afiliación al sistema de salud de colombianos retornados de Venezuela	65
Caso especial: recién nacido en Colombia de padres no afiliados (venezolanos)	66
Gestión de la atención de accidentes de tránsito.	68
Radicación electrónica a través de la página web ante la ADRES.	74
Elaboración de los medios (formularios	74
Nombramiento de los archivos	75
Como nombrar el archivo FURIPS 1	75
Como nombrar el archivo FURIPS 2	75
Proceso de validación de los archivos	76
Proceso de validación	79
Proceso de firma digital de los archivos	82
Radicación electrónica respuesta a glosa	82
Respuesta a Glosa ADRES por atención de victimas de accidentes de tránsitos	83
Parámetros requeridos para la presentación de reclamaciones	83
Documentos requeridos para la presentación de reclamaciones-FURIPS	84
Segunda etapa de radicación electrónica	93
Tercera etapa de radicación electrónica.....	97
Protocolo atención a víctimas de accidente de transito	98
Reporte de las atenciones en el Sistema de Información de Reportes de Atención en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito.....	101
Diagrama de flujo en el proceso de facturación, liquidación de facturas electrónicas, tramite de glosas y devoluciones para la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar	102
Flujograma Servicio Urgencias	103

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Flujograma Proceso de liquidación servicio de hospitalización.....	104
Flujograma proceso de liquidación servicio de cirugía y sala de partos	105
Flujograma proceso de liquidación servicio consulta externa	106
Flujograma proceso de liquidación servicio consulta externa procedimiento en consultorio	107
Flujograma proceso de liquidación servicio consulta externa actividad de apoyo Dx O Tx.....	108
Flujograma proceso de facturación, liquidación, auditoria y radicación de facturas oficina central	109
Flujograma proceso del comité de glosas	110
Trámite de Expedición y Radicación (Resolución 2275 de 2023)	111
Trámite de radicación.....	112
Seguimiento y control de la factura de venta	113
Devoluciones - glosas	113
Devoluciones.....	113
Glosas	113
Facturación.....	113
Tarifas	114
Soportes	114
Autorizaciones	114
Respuestas a devoluciones o glosas	115
Tramite de objeciones.....	115
Distribución de las objeciones:.....	115
Corrección u aclaración:.....	115
Evaluación de objeciones/glosas:.....	115
Manual único de glosas, devoluciones y respuestas	115
Tablas de códigos de devolución	118
Tablas de códigos de glosa	119

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Códigos de glosa por facturación – FA	119
Códigos de glosa por tarifas - TA	122
Códigos de glosa por soportes – SO	123
Códigos de glosa por autorización - AU	127
Códigos de glosa por Cobertura - CO	129
Códigos de glosa por Calidad - CL	130
Códigos de glosa por Seguimiento a los Acuerdos - SA	131
Tablas de códigos de respuesta	132
Registro de la información transaccional	132
Tiempos tramite de devoluciones y glosas	134
Estado actual factura-RIPS según la Res. 3374/00 - RIPS sin FEV	135
Nuevo Escenario, con la Resoluciones 2275 de 2023 y 558 de 2024 - RIPS con FEV	135
LINEA DE TIEMPO – FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EN SALUD Y RIPS	136
Definición de SIIFA:	139
Cómo se integran la FEV en salud y el RIPS	141
Generalidades – FEV EN SALUD – RIPS RES. 2275/23	142
Definiciones Resolución 2275/23	142
Proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV	142
Datos del RIPS	142
Fuentes de los datos	143
Obligatoriedad del reporte	143
Procesos informáticos en los facturadores electrónicos	143
Proceso de facturación electrónica de venta en el sector salud	144
Proceso de radicación de la FEV	144
Mecanismo único de validación	144
Sistema de información de validación del RIPS y envío de archivos	145
Actividades comprendidas en el procesamiento de la información:	146

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Campos de la Resolución 3374 de 2000 VS datos de la resolución 2275 de 2023	146
Reglas de Validación	151
Campos adicionales XML	152
Glosario:	154
Bibliografía y webgrafía	156

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Introducción

En los últimos años, el país ha tenido importantes transformaciones en la organización del Sistema General de Seguridad social en Salud Nacional de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

La ley 10 de 1990, declara la salud como un servicio público esencial y obligatorio, que podrá ser prestado directamente por el estado o a través de particulares, determinando en uno de sus artículos “establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento”.

La Seguridad Social consagrada en la Constitución Política de Colombia de 1991, en su artículo 48, manifiesta que la atención en salud es un servicio público obligatorio a cargo del estado, el cual se encargará de dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar la prestación de los servicios públicos esenciales; complementando en el artículo 49 que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad. Se basará en principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En la ley 100 de 1993, en el artículo 225 se describe: Las EPS de salud, cualquiera que sea su naturaleza, deberán establecer Sistemas de costos, Facturación, y Publicidad. Los sistemas de Facturación deberán permitir conocer al usuario por medio de una factura u otro mecanismo, los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo en el parágrafo del artículo 185 dice que Toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

Uno de los servicios que genera más conflictos financieros dentro de una IPS, pública o privada, es el de Urgencias, en el que se realizan procesos y actividades que buscan la estabilización de los pacientes en estado crítico y disminuir secuelas o complicaciones posteriores que sin ella se pueden derivar; y que se convierte en un descalabro para la mayoría de instituciones en muchas ocasiones por diferentes causales, destacando el desconocimiento de las normas vigentes, la debilidad en el levantamiento de procesos, procedimientos y flujos de información, resistencia al cambio por el personal asistencial que diligencia deficientemente los reportes, las codificaciones, entre otros.

En la resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 emanada del antiguo ministerio de salud, hoy Ministerio de Salud y la Protección Social, en su artículo número 10, y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, así como el Artículo 14. De la Ley estatutaria 1751 de 2015 Prohibición de la negación de prestación de servicios establecen que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas la entidades públicas o privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

socioeconómica y del régimen al cual se encuentren afiliados. No se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud respectiva o de cualquier otra entidad responsable o remisión de profesional médico, o pago de cuotas moderadoras.

Esta atención, no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sin embargo, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y basados en el nuevo modelo de prestación de servicios que cambia el concepto de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, las IPS, como cualquier empresa productora de bienes o servicios, debe garantizar su autosuficiencia y subsistencia, por medio de la producción y venta de servicios asistenciales por un monto igual o superior a sus gastos, y en este proceso no puede ser ajeno el servicio de urgencias.

La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro del sector salud, considerándose años atrás en uno de los procesos únicos y de avance para las instituciones privadas. La venta de servicios en urgencias en muchas ocasiones se convierte en el talón de Aquiles de la mayoría de las instituciones de salud, en especial las públicas, debido a que en una gran parte no se cuenta con esquemas de Facturación de Servicios Asistenciales, por medio del cual se generen recursos necesarios y suficientes que ayuden a brindar una atención óptima a los usuarios dentro del marco de mejoramiento continuo y generen aprecio por la institución, así como cultura de evaluación.

El proceso de facturación se puede definir como el conjunto de actividades que permite liquidar la prestación de servicios de salud que genera la atención de un usuario en la institución; iniciando desde que él solicita un servicio, pasando por su atención y finalizando con su egreso. Este proceso se basa fundamentalmente en recibir y producir información; de la calidad de la misma depende la calidad de los informes generados.

Teniendo como base la normatividad vigente y expuesta en líneas anteriores, dentro del entorno actual de Seguridad Social, se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, y que además es imperiosamente necesario desarrollar y estandarizar procesos de facturación, dentro de todas las áreas de las entidades, que garanticen ingresos que de una u otra forma fortalezcan los mecanismos usados en la sostenibilidad, el crecimiento y el desarrollo de la IPS, y que además sean fácilmente auditables y evaluables dentro de los Planes de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, para detectar las fallas y tomar los correctivos oportunamente.

Este proceso se realizará con el ánimo de unificar criterios dentro del proceso de facturación de la IPS de primer nivel de complejidad, de la red pública, localizada en el Municipio de Bosconia, Departamento de Cesar.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Normativa

- Ley 1966 de 2019, artículo 3°. Del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. El sistema integral de información financiera y asistencial tendrá por objeto agilizar la transmisión y evaluación de la información financiera, de manera que se acelere el flujo de recursos y la transparencia que soportan las transacciones entre los agentes del sector salud.
- Artículo 4°. Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social creará un portal de registro electrónico, en el cual se deberá reportar los intercambios comerciales de prestación de servicios en salud y tecnologías en salud. En los casos donde no medie contrató, como: las atenciones de urgencias y similares, en este caso, el reporte será posterior. Se excluye de esta información, las transacciones que sean con recursos propios de las personas naturales y jurídicas. La información contenida en dicha plataforma será de público acceso cuando involucre recursos del Sistema de: Seguridad Social en Salud.
- Artículo 15. Factura electrónica en salud. Todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud. Deberán presentarla, al mismo tiempo ante la DIAN y la entidad responsable de pago con sus soportes en el plazo establecido en la ley, contado a partir de la fecha de la prestación del servicio. de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, prescribirá el derecho en los términos de ley.
- Ley 1751 de 2015: Ley General de Salud: establece las disposiciones generales para la protección de la salud en el país y regula aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud, la calidad de la atención, la gestión de información, entre otros.
- Ley 1581 de 2012: Ley de Protección de Datos: incluye las regulaciones y estándares relacionados con la seguridad de la información y la protección de datos personales en el contexto de la salud, garantizando la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos.
- Ley 1438 de 2011, artículo 57. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. 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.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Ley 1231 de 2008: 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.
- Decreto 441 de 2022; Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.
- Resolución 2309 de 1986: establece los lineamientos generales para la organización y operación de los sistemas de información en salud en Colombia, incluyendo la generación y validación de los RIPS.
- Resolución 2275 de 2023: Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta –FEV en salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 558 de 2024: Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación.
- Resolución 1884 de 2024: Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023 y se dictan otras disposiciones.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Objetivo General

Realizar, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social, las acciones de diseño y auditoria al proceso de facturación de venta de servicios prestados en la E.S.E. Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar, con el fin de identificar los puntos críticos del mismo, tomar acciones correctivas que mejoren el flujo de información necesario que evite la fuga de recursos indispensables para el sostenimiento de la E.S.E, así como para el desarrollo de la misma, y que además promueva la participación activa de todos los funcionarios de la institución, encausándola hacia el mejoramiento continuo, y fortaleciéndola como modelo empresarial competitivo.

Objetivos Específicos

1. Identificar el proceso de facturación y sus etapas, en los servicios de la E.S.E. Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar
2. Definir los responsables y sus funciones dentro del proceso de facturación en los servicios de la E.S.E. Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar
3. Evaluar, auditar y posteriormente organizar, teniendo como base la racionalización y optimización del proceso de facturación de los servicios de la E.S.E. Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar
- 4.
5. Implementar y socializar a los clientes internos y externos el proceso de facturación en los servicios que presta, crear un punto de partida para la adopción de mejoras del proceso en otros servicios de la E.S.E. Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Reseña Histórica de la ESE Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

El Hospital San Juan Bosco, fue creado hace aproximadamente 39 años, en el año 1986.

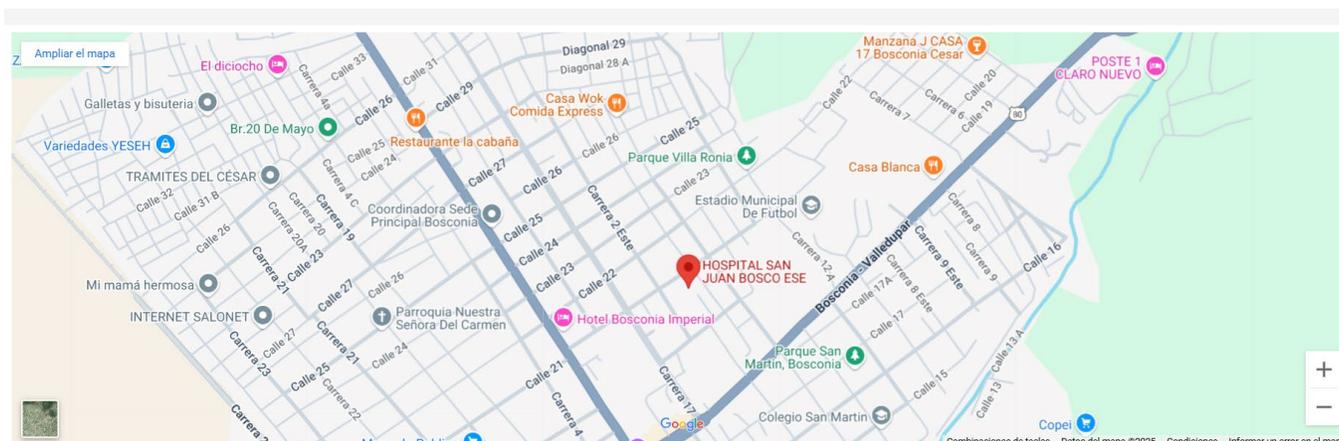
Inicio su funcionamiento como centro materno infantil el cual estaba conformado por hospitalización, sala de parto, sala de espera, 2 consultorios, un área de vacunación, un área de estadística, cocina, baño y patio y cuarto de descanso médico.

En 1991 bajo la administración de Mario Bernardo Giraldo proponen la adquisición de un lote para lo que hoy es el hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

A través del acuerdo N°004 de enero 30 de 1996 del ministerio de salud, autoriza el paso de la categoría de Centro Materno Infantil a Hospital Local E. S. E. del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de primer nivel de atención adscrita a la secretaria de salud. La obra terminada se puso al servicio de la comunidad a finales del 2003.

La E.S.E hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar, está ubicado en la Cl. 21 #20-60, Bosconia, Cesar, tiene Horario de atención - Servicios ambulatorios: 07:00am - 12:00pm | 02:00pm - 05:00pm, de lunes a viernes, para los servicios de urgencias y hospitalización tiene un Horario de 24 horas los siete días de la semana, en la administración Horario de atención - Administración: 08:00am - 12:00pm, 02:00pm - 06:00pm de lunes a viernes los medios de contactos están los Teléfono móvil: 3188223888, 3183662239, cuenta con los Correo institucional: hospital@hosanbosco.gov.co, Correo de notificaciones judiciales: juridica@hosanbosco.gov.co

ubicación en el mapa



¹PROCESO DE FACTURACIÓN



¹ GUÍAS DE CAPACITACIÓN Y CONSULTA 2 da edición corregida -2000

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Definición de facturación por venta de servicios hospitalarios:

Proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente para efectos de cobro.

M i s i o n:

Realizar en forma ágil, oportuna, clara y correcta la liquidación de las cuentas de cada uno de los usuarios que asisten a la institución con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados y de esta forma garantizar los ingresos que le permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la E.S.E Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

Objetivo general:

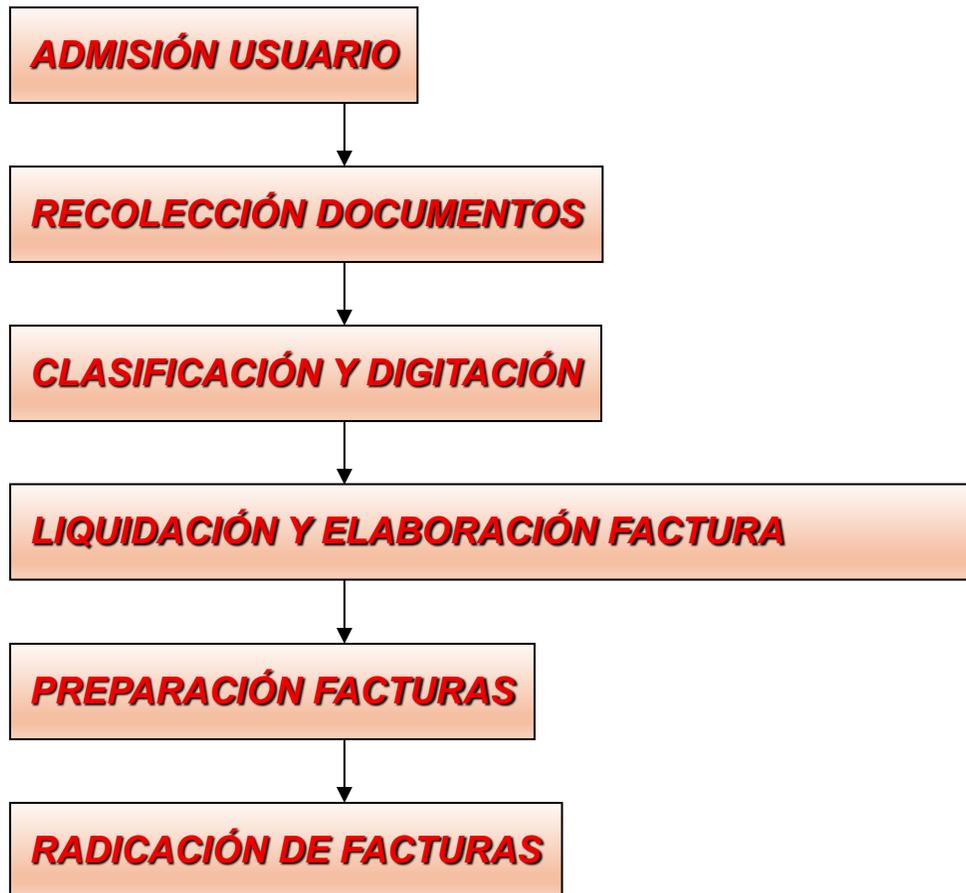
Facturar las actividades y procedimientos, realizados a cada paciente teniendo en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios prestados e informar los ingresos con los cuales se financiará la IPS.

Objetivos específicos:

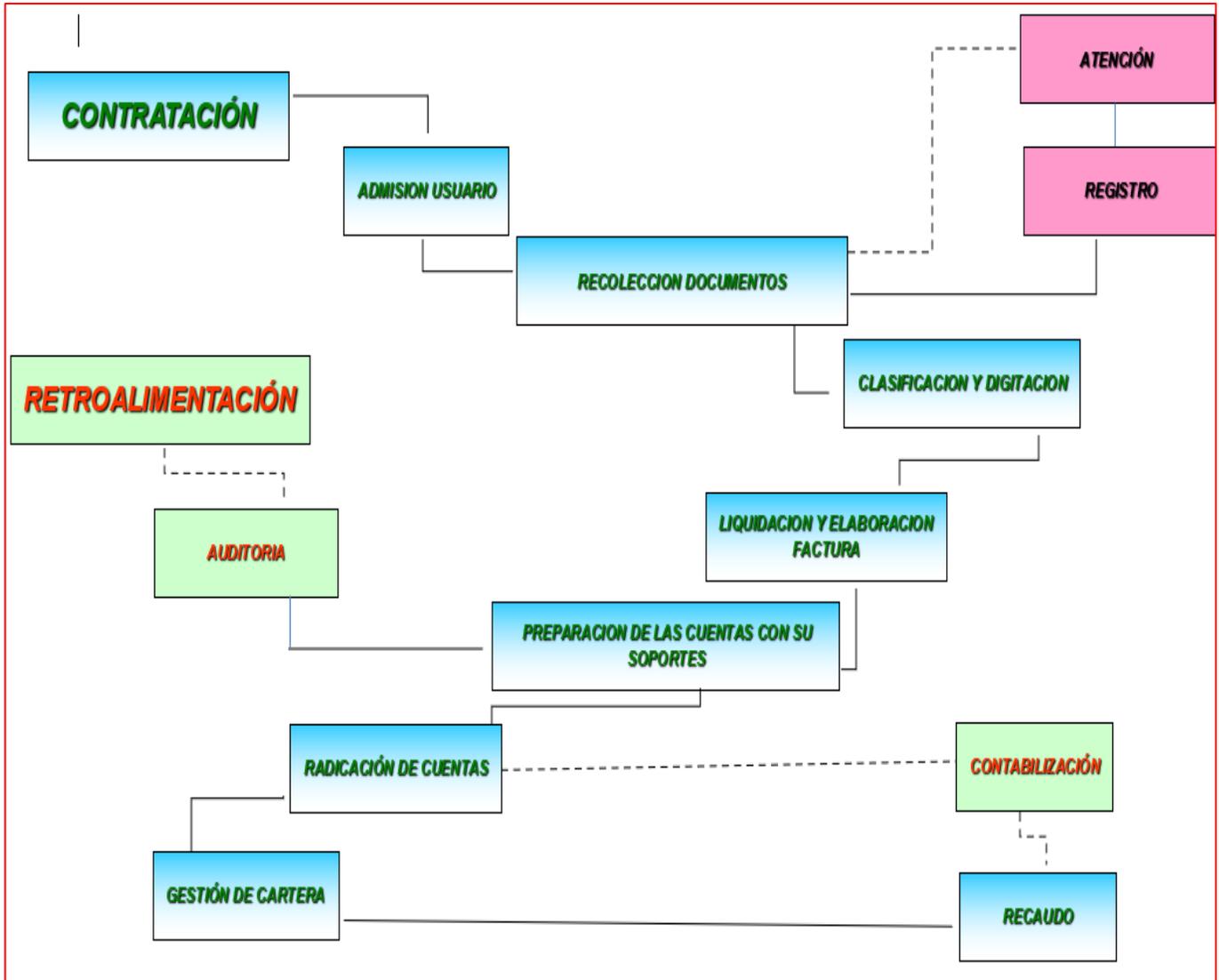
- Diseñar e implantar los instrumentos de captura de información
- Crear mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso.
- Efectuar análisis de participación de cada área dentro del proceso, y por ende del presupuesto de la E.S.E
- Suministrar información estadística y contable de análisis y soporte del área financiera.
- Generar factura por servicios prestados
- Análisis de rentabilidad de cada uno de los servicios de la E.S.E
- Dotar de herramientas que permitan a la gerencia la toma de decisiones oportunas y acertadas.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Étapas generales de la facturación



Etapas generales de la facturación



Fuente: Elaboración propia del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Información básica para facturación

General:

1. Identificación de la E.S.E
2. Portafolio de servicios
3. Tarifas establecidas
4. Contratos vigentes
5. Usuarios
6. Marco legal
7. Procesos/procedimientos/flujogramas

Labor del área de facturación

Su principal objetivo es hacer una relación del valor y los servicios que se prestaron con el fin de realizar un cobro ágil y correcto.

Sus funciones claves son:

- Recopilar y organizar la información que generan los servicios sobre la atención prestada a un usuario.
- Producir una factura con el fin de cobrar correctamente a la Administradora y/o usuario del servicio

Ingreso del usuario y generación de datos

- Admisión del usuario
- Comprobación de derechos
- Verificación de contrato/extra contrato
- Apertura y/o Localización de Historia Clínica
- Diligenciamiento instrumentos de captura de información.
- Inicio registro datos archivo de Usuarios en RIPS

Generación los registros de datos relacionados servicio

- Recolección de la información de cada punto de facturación o área funcional.
- Creación de archivo por paciente/piso

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Validación de la información registrada en H.C. y soportes clínicos
- Revisión de contenido de los RIPS
- Auditoría médica de registros y soportes
- Devolución de errores a puntos de origen.

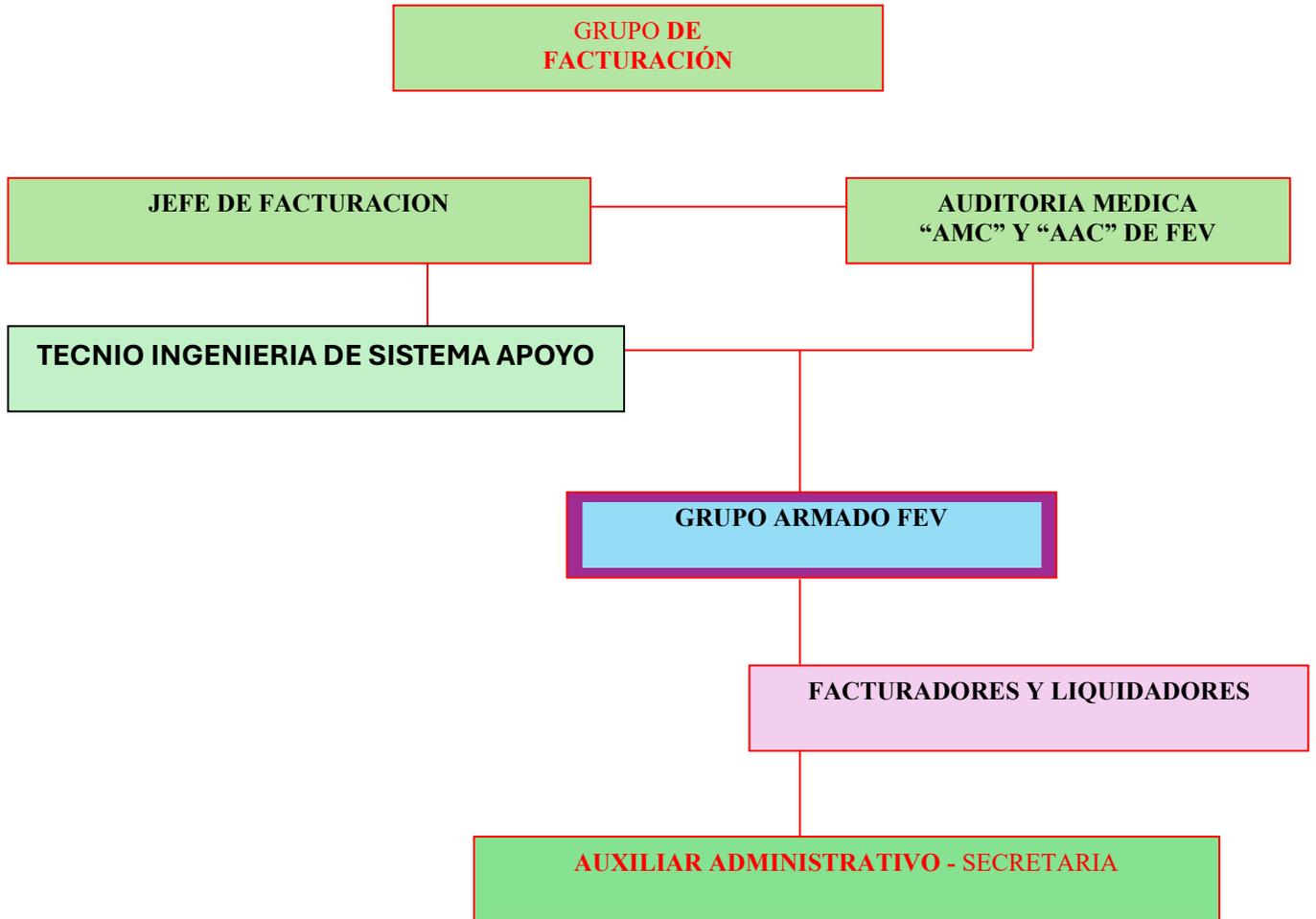
Liquidación de las facturas electrónicas de ventas en salud FEV SALUD

- Codificar y Valorizar los procedimientos
- Elaborar la FEV por paciente.
- Armar FEV con soportes por paciente
- Generar el Registros de Datos para los registros individuales de Servicios Prestados (RIPS)

Análisis y evaluación de la FEV

- Analizar y evaluar la FEV
- Evaluar el Registro de Transacción de los Servicios Prestados.
- Auditoria previa de la FEV.
- Armado de FEV por
 - Entidad
 - Fecha
 - Tipo de contrato

Dependencia de facturación estructura orgánica



Fuente: Elaboración propia del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Recursos dependencia de facturación

Recursos de información:

- Legislación vigente
- Contratos y convenios
- Manual de procedimientos y tarifas
- Manual de procesos y flujo de información
- Normas y políticas de la E.S.E
- Bases de datos de afiliados a las aseguradoras

Recursos humanos:

- Jefe facturación
- Facturadores digitadores
- Auditores de facturas Electrónicas por venta de servicios de salud
- Organizadores de archivo

Variables:

- Volumen de solicitud de servicios
- Horario de atención
- Tiempo promedio de atención en facturación
- Numero de turnos de atención en facturación

Recursos de infraestructura:

Una oficina para facturar los servicios de consulta externa que cumpla con las normas de salud ocupacional:

- Iluminación
- Ventilación
- Ruidos
- Temperatura
- Humedad
- Ubicación próxima al área de recaudo
- Equidistante del área de prestación de servicios

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Una oficina para facturar los servicios de urgencias y hospitalización que cumpla con las normas de salud ocupacional:

- Iluminación
- Ventilación
- Ruidos
- Temperatura
- Humedad
- Ubicación próxima al área de recaudo
- Equidistante del área de prestación de servicios

Una oficina para el armado de facturas por venta de servicios de salud que cumpla con las normas de salud ocupacional:

- Iluminación
- Ventilación
- Ruidos
- Temperatura
- Humedad
- Ubicación próxima al área de recaudo
- Equidistante a la oficina de coordinación de facturación

Una oficina para el jefe de facturación y auditoría de facturas por venta de servicios de salud que cumpla con las normas de salud ocupacional:

- Iluminación
- Ventilación
- Ruidos
- Temperatura
- Humedad
- Ubicación próxima al área de recaudo
- Equidistante a la oficina de facturación y servicios asistenciales.

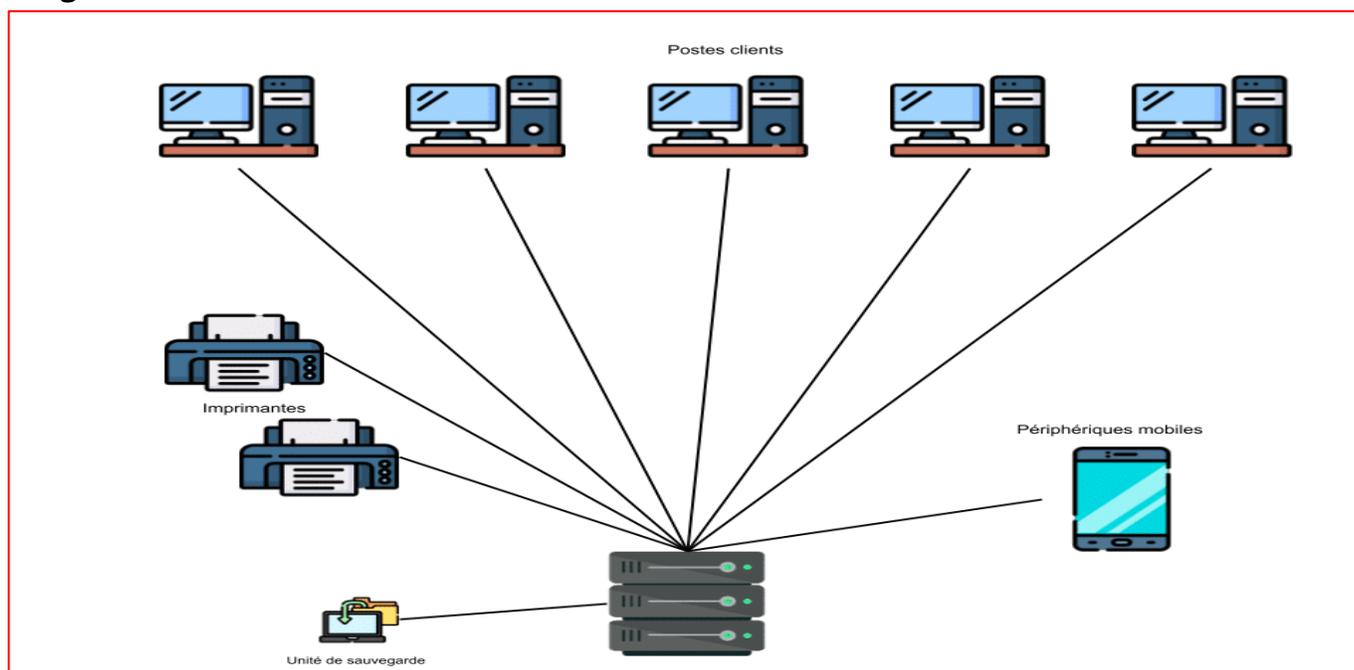
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Recurso tics y útiles de oficina

Tecnología de la informática y las comunicaciones

- Servidor de archivo
- Software que procese la información financiera, administrativa y asistencial de la E.S.E y que cumpla con los estándares de calidad de la información que solicita el SGSSS
- Equipos de computación (10)
- Impresoras láser kyosera 1120d (3)
- Impresora multifuncional para liquidación de facturas, jefe de facturación y auditoría de facturas electrónicas por venta de servicios de salud.
- Software aplicativo
- Elementos de papelería y útiles de oficina
- Equipo y muebles de oficina
- Perforadoras industriales (02)
- Líneas telefónicas directa fijas y celular (4)

Imagen estructura de los tics en el área de facturación



Fuente: Elaboración propia del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Descripción de las funciones del recurso humano:

Jefe Administrativo de Facturación

Descripción de Funciones Esenciales

- Supervisar el trabajo del personal a su cargo
- Responder por el suministro de información a las diferentes áreas, dentro de las fechas y plazos asignado para el particular, así como por el adecuado manejo del sistema y la información que allí se maneje.
- Establecer programa de mejoramiento continuo del área
- Responder por los soportes de las facturas electrónicas
- Apoyar a la oficina jurídica en las acciones judiciales y extrajudiciales para exigir el cumplimiento de las obligaciones a favor la IPS.
- Revisar las objeciones que le sean remitida de la auditoria médica y administrativa de cuentas
- Responder por el correcto manejo por parte de los funcionarios a su cargo de los equipos y los elementos asignado para el área de facturación
- Efectuar la actualización de los modelos y normas de facturación con base a las nuevas disposiciones de carácter legal e institucional sobre facturación
- Elaborar y analizar el informe de facturación de la E.S.E.
- Revisar las funciones del personal a su cargo
- Llevar el control de las facturas enviadas a cartera, y las distintas entidades responsables de pago de servicios de salud **"E.R.P"**
- Mantener actualizado al grupo de facturación, personal administrativo y asistencial de la institución, sobre nuevas disposiciones internas y externas de carácter legal referentes al proceso de facturación
- Desarrollar programas de capacitación y reinducción al grupo a su cargo, a la parte administrativa y asistencial
- Cumplir con las demás funciones que le sean asignadas por el superior inmediato

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Auditor de facturas por venta de servicios de salud.

Descripción de Funciones Esenciales

- Supervisar el trabajo del personal a su cargo
- Evaluar la calidad del diligenciamiento de los registros de atención y los documentos clínicos.
- Evaluación del estado clínico del usuario y los diagnósticos con el empleo de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, laboratorios clínicos e imágenes diagnósticas y otros recursos diagnósticos y terapéuticos. Evaluación de pertinencia.
- Verificar que los servicios facturados hayan sido efectivamente prestados y recibidos.
- Verificar la cantidad y calidad que los servicios y productos facturados hayan sido efectivamente suministrados al usuario. Comprobación de notas cargo, hojas de cirugía, anestesia, medicamentos, suministros, etc.
- Verificar la calidad y suficiencia de los suministros proporcionados por los prestadores.
- Verificar que el monto del servicio facturado esté acorde a las tarifas pactadas.
- Verificar la exactitud en el cobro a los afiliados y beneficiarios de las cuotas moderadoras y copagos.
- Verificar que las facturas de cobro presentadas correspondan a las normas tarifarias o a los acuerdos contractuales.
- Liderar un programa de permanente de mejoramiento continuo de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera.
- Identificar los problemas existentes, que motivan las glosas y el no pago de facturas.
- Evaluar y concertar con las unidades funcionales, las normas técnicas, procedimientos y estándares definidos alrededor de estos procesos.
- Recomendar a la Gerencia de la IPS la socialización de las normas, propiedades y atributos de calidad de los procesos relacionados con contratación, prestación, facturación y cartera.
- Asesorar y apoyar los comités de cartera.
- Examinar con los responsables técnico-científicos y administrativos, los costos y consecuencias de la inadecuada facturación, sobre las finanzas de la empresa.
- Cumplir con las demás funciones que le sean asignadas por el superior inmediato.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Auxiliar administrativo – Facturador cajero

Descripción de Funciones Esenciales

- Verificar el correcto diligenciamiento para soportar las facturas
- Recibir diariamente los formatos de captura de información, del funcionario encargado en el servicio de urgencias, hospitalización, cirugía o área ambulatoria y verificar su correcto diligenciamiento.
- Liquidar actividades, procedimientos y consumos hechos a los usuarios de la IPS
- Fotocopiar anexos y soportes de facturas.
- Asesorar a las diferentes áreas sobre dudas en el proceso de facturación.
- Transcribir informes requeridos por los niveles jerárquicos del proceso de facturación.
- Utilizar en forma adecuada los equipos y software para el procesamiento de la información.
- Mantener en forma actualizada y organizada el archivo del área con la clasificación establecida, por paciente.
- Cumplir con los turnos y horarios asignados por el asistente de facturación.
- Verificar y hacer cruces entre los soportes y las fuentes de información de acuerdo con los controles que se manejan en cada área.
- Controlar y responder por el uso de elementos y papelería asignados para el cumplimiento de sus actividades y asegurar su disponibilidad permanente.
- Sugerir nuevos procedimientos y controles que aseguren el manejo óptimo del servicio asignado.
- Cumplir con los horarios estipulados.
- Mantener informado al coordinador de facturación o al asistente sobre dificultades presentadas, planteando soluciones a las mismas.
- Ejecutar el manejo, control y actualización del archivo.
- Hacer entrega diaria de las cuentas procesadas en el área a su cargo al coordinador de área, responsable de la adecuada presentación de las cuentas y de los respectivos soportes.
- Recaudar los pagos referentes a la prestación del servicio de salud, copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación.
- Realizar arqueo de caja diario.
- Realizar entrega de dineros al superior inmediato o personal asignado para esta función.
- Cumplir con las demás funciones asignadas por el superior inmediato.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Auxiliar administrativo (Armado de facturas y soportes)

Descripción de Funciones Esenciales

- Responder por la organización de los recursos destinados a la captura de datos, su procesamiento y valoración de la información procesada en su área.
- Interpretar desarrollar las nuevas normas que regulan el manejo de los servicios prestados por concepto de venta de servicios.
- Coordinar con la coordinación del grupo de facturación para que a través de él se conozcan los procedimientos y normas que deben aplicarse en la prestación de servicio de salud a pacientes usuarios de la institución
- Elaborar y presentar los informes que solicitan la coordinación de facturación, mediante el diligenciamiento de los formatos establecidos.
- Verificar los soportes de las facturas procesados en su área, antes de ser remitida a los diferentes entes responsables de pago.
- Informar al coordinador del grupo de facturación, sobre ventas de servicios realizados en su área de influencia.
- Plantear soluciones a cuentas devueltas por los clientes. Procesar la información necesaria para el armado de cuentas, elaboración de cuentas de cobros y/o facturas de ventas e informes de la venta de servicios prestados, sujetos a cobro ante entidades responsables de pago.
- Controlar y responder por el uso de elementos y papelería asignados para el cumplimiento de sus actividades y asegurar su disponibilidad permanente.
- Sugerir nuevos procedimientos y controles que aseguren el manejo óptimo del servicio asignado.
- Recibir las objeciones presentadas a la presentación de las cuentas, analizarlas y contestarlas, para hacer entrega a la auditoría de cuentas médicas con miras a su pronta contestación.
- Retroalimentar toda la información obtenida del proceso de facturación de su área, causas de objeciones, y resultados finales del proceso.
- Informar cualquier eventualidad al coordinador de facturación en lo referente al proceso,
- Apoyar a los demás coordinadores de área en los casos requeridos.
- Cumplir con los turnos de disponibilidad asignados, con estricta responsabilidad del funcionamiento del proceso de facturación en la institución, y del personal a cargo durante la disponibilidad.
- Cumplir con las demás funciones asignadas por el superior inmediato.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Auxiliar administrativo de fracturas en salud (FEV)

Descripción de Funciones Esenciales

- Presentar en forma adecuada la asistencia técnica necesaria en el proceso de aclaración de terminología técnica y otros conceptos de difícil interpretación por parte de los auxiliares administrativo de facturación – facturador cajero y auxiliar administrativo (armado de cuentas)
- Verificar que las facturas o documentos equivalentes estén debidamente diligenciados
- Verificar el cumplimiento de la estructura de los RIPS
- Verificar que los servicios facturados estén debidamente soportados y concuerden con los RIPS en contenido
- Verificar la comprobación de derechos de los usuarios sujetos de cobro
- Verificar el cumplimiento de los soportes administrativos adicionales que se requieran por particularidades del usuario, el evento atendido o por acuerdos establecidos con las aseguradoras.
- Verificar el adecuado uso de los Manuales de tarifas en las cuentas presentadas
- Informar de las causales de errores en la presentación de cuentas
- Responder por la corrección de los errores encontrados en la presentación de las cuentas
- Retroalimentar sobre los errores encontrados
- Cumplir con las demás funciones asignadas por el superior inmediato.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Auditoria previa de la factura electrónica de venta en salud (Revisión y Corrección).

- Comparación de los Instrumentos de captura con los Registros Individuales de Prestación de Servicios.
- Solicitud a las diferentes áreas de soportes faltantes
- Corrección de errores por facturadores
- Organización física de la FEV y soportes según los requisitos del contratante y las normas
- Registros de datos básicos de la cuenta para posterior seguimiento en hoja de ficha del cliente
- Entrega de la FEV al usuario.

Armado y envío de las facturas electrónicas

Generación de las facturas electrónica de venta en salud – FEV EN SALUD y el medio magnético junto con facturas, RIPS: Registros Datos

- Transacción de los Servicios Facturados
- Descripción Agrupada y Registros de los servicios y valor
 - Anexar Epicrisis o Copia de historia en casos de alto costo.
 - Relación escrita de facturas, para cobro a Administradoras.
 - Radicación de cuentas en Entidad Responsable de pago
 - Consignación de datos de la cuenta en hoja de ficha del cliente

Clasificación y archivo de documentos

Archivo de documentos soportes por paciente.

Archivo de Facturas Electrónicas de Venta en salud por cobrar/entidad

Archivo de documentos radicados

Archivo de radicación de los RIPS.

Archivo documental de objeciones y glosas/contestación

Archivo de auditorías, conciliaciones, etc.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Corrección de errores posteriores a la radicación de la factura:

- Registro de datos de las cuentas devueltas en el formato de seguimiento de cartera por E.R.P.
- Entrega de las FEV devueltas al responsable de FEV
- Revisión y corrección del error de la FEV
- Entrega a cartera de la factura con las correcciones y los respectivos soportes.

Preparación de la Factura Electrónica de Venta en salud

El proceso de preparación de la cuenta es vital para las finanzas, puesto que permite el cobro efectivo de los servicios prestados y facturados. Para garantizar la eficacia y calidad se recomienda implementar y ejecutar los procedimientos siguientes:

- Generar consolidado de factura electrónica de venta en salud
- Generación y consolidación de los RIPS
- Auditoría de médica y administrativa de cuentas

Auditoria de facturas de ventas

Consiste en la verificación (auditoría), del cumplimiento de los requisitos tanto administrativos como clínicos de las cuentas.

- **Auditoría médica de facturas por venta de servicios de salud:** Evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnicos-científicos y humanos relacionados con los procesos de evaluación, diagnóstico y conductas decididas con el usuario por el equipo de salud del prestador.
- **Auditoria administrativa:** Evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnicos-administrativos y financieros y de apoyo logístico relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte del usuario.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Objetivo:

- Tiene como objetivo principal apoyar a las Aseguradoras, en la Auditoría clínica y revisión de cuentas sobre los contratos de compraventa de servicios de salud que suscriban con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- En desarrollo de este proceso se verifica y constata que tales instituciones presten los servicios acordes a su nivel de atención de afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley de Seguridad Social en Salud.

Auditoria medica de facturas de ventas de servicios de salud

"AMFVS": Es la evaluación sistemática de la facturación de servicios de salud que realizan los profesionales de la salud Auditores Médicos, con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades de pertinencia antes de radicar a las aseguradoras responsables de pago.

La **"AMFVS"** compromete las funciones y actividades relacionadas con el aseguramiento de los usuarios y la administración de los recursos en las aseguradoras y de la prestación en las IPS, con el objeto de actuar eficaz y eficientemente en la organización de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera, a fin de lograr niveles satisfactorios de calidad.

La necesidad de establecer AMFS en las E.S.E, en los procesos de facturación y cartera, obedece no solo a la exigencia del proceso de Garantía de calidad y su componente de Auditoría Médica, sino obedece fundamentalmente a la urgencia que se tiene la E.S.E de saber que está ocurriendo con la atención en salud y como se refleja en la facturación, cartera, recaudo y la rentabilidad de la misma.

Auditoria previa a la presentación de las facturas de ventas de servicios de salud.

Las instituciones deben desde el inicio del proceso de atención al usuario realizar acciones de auditoría que garanticen que los servicios prestados se den dentro de las condiciones técnicas normales y sean debidamente cobradas a la entidad pagadora.

La "AMFVS" también busca conocer:

- El uso de los servicios
- La idoneidad y aplicación del conocimiento técnico-científico de los profesionales.
- La calidad de las historias clínicas y el acierto de sus diagnósticos y conductas.
- El uso y racionalidad de los medios de apoyo diagnósticos y terapéuticos

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Los costos reales de los servicios facturados

Insumos de información para las AMFVS

- La factura de venta
- Documentos equivalentes comprobantes de servicios.
- Registro individual de prestación en salud. RIPS
- Resumen de Historia clínica del usuario
- Planes de beneficios
- Contratos
- Normatividad vigente

Actividades realizadas en el proceso de AMFVS

Comprobar que el prestador está facultado para prestar el servicio:

- Cumplimiento de requisitos mínimos esenciales
- Cumplimiento de prestación de servicios contratados
- Comprobar que efectivamente el usuario tiene derechos a recibir el servicio prestado
- Relacionar la identificación del usuario, con el régimen, plan de beneficios, vigencia del contrato, y servicios contemplados en el contrato.
- En caso de atención inicial de urgencias no requiere la mediación de relación contractual.
- Comprobación de derechos del usuario, teniendo en cuenta los tipos de aseguramiento, planes de beneficios, periodos de carencia y las exigencias de las entidades aseguradoras para la expedición de las autorizaciones de servicio.
- Comprobar que el usuario recibió los servicios que efectivamente necesitaba, de acuerdo con estado clínico y Diagnóstico.

Actividades realizadas en el proceso de AMFVS

- Evaluar la calidad del diligenciamiento de los registros de atención y los documentos clínicos.
- Evaluación del estado clínico del usuario y los diagnósticos con el empleo de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, laboratorios clínicos e imágenes diagnósticas y otros recursos diagnósticos y terapéuticos. Evaluación de pertinencia.
- Verificar que los servicios facturados hayan sido efectivamente prestados y recibidos.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Verificar la cantidad y calidad que los servicios y productos facturados hayan sido efectivamente suministrados al usuario. Comprobación de notas cargo, hojas de cirugía, anestesia, medicamentos, suministros, etc.
- Verificar la calidad y suficiencia de los suministros proporcionados por los prestadores.
- Verificar que el monto del servicio facturado esté acorde a las tarifas pactadas.
- Verificar la exactitud en el cobro a los afiliados y beneficiarios de las cuotas moderadoras y copagos.
- Verificar que las facturas de cobro presentadas correspondan a las normas tarifarias o a los acuerdos contractuales.
- Liderar un programa de permanente de mejoramiento continuo de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera.
- Identificar los problemas existentes, que motivan las glosas y el no pago de facturas.
- Evaluar y concertar con las unidades funcionales, las normas técnicas, procedimientos y estándares definidos alrededor de estos procesos.
- Recomendar a la Gerencia de la IPS la socialización de las normas, propiedades y atributos de calidad de los procesos relacionados con contratación, prestación, facturación y cartera.
- Asesorar y apoyar los comités de cartera.
- Examinar con los responsables técnico-científicos y administrativos, los costos y consecuencias de la inadecuada facturación, sobre las finanzas de la empresa.

Auditoria administrativa de facturas por venta de servicios de salud

La **AAFVS** tiene por objeto evitar que las cuentas sean devueltas por parte de las entidades aseguradoras, para lo cual se verifica que estas cumplan con los requisitos contractuales exigidos y las normas de facturación vigentes:

– **Se hace necesario contar con:**

- Conocimiento de legislación vigente
- Datos de ingreso del usuario
- Datos de egreso del usuario
- Datos de atención del usuario
- Soportes de los servicios prestados

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Aplicación de manuales tarifarios
- Cláusulas y condiciones de cada contrato

La auditoría de facturas debe contar con:

- ✓ Una copia de todos los contratos de cada una E.R.P
- ✓ Ficha técnica de cada contrato
- ✓ Los soportes de la prestación de servicios completamente diligenciados.
- ✓ Base de datos de los usuarios de la aseguradora analizada
- ✓ Base de datos de causas más frecuentes de devolución de cuentas
- ✓ Ficha técnica de cada Aseguradora o Responsable de Pago

Los funcionarios de auditoría administrativa de facturas por venta de servicios de salud deberán:

- Verificar que las facturas estén debidamente diligenciadas
- Verificar el cumplimiento de la estructura de los RIPS
- Verificar que los servicios facturados estén debidamente soportados y concuerden con los RIPS en contenido
- Verificar la comprobación de derechos de los usuarios sujetos de cobro
- Verificar el cumplimiento de los soportes administrativos adicionales que se requieran por particularidades del usuario, el evento atendido o por acuerdos establecidos con las aseguradoras.
- Verificar el adecuado uso de los Manuales de tarifas en las cuentas presentadas
- Informar de las causales de errores en la presentación de cuentas
- Responder por la corrección de los errores encontrados en la presentación de cuentas
- Retroalimentar sobre los errores encontrados

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Soportes de las facturas de prestación de servicios. facturas o documentos soportes:

Sección 4. Facturas de venta y glosas del Decreto 441 de 2022.

“(…)

Artículo 2.5.3.4.4.1 Soportes de cobro. Los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio. (...)” subrayado fuera del texto.

Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social, en la resolución 2284 de 2023, “Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones”, en la cual se establecen los soportes máximos de cobro en le SGSSS.

Listado máximo de soportes de cobro

1. Factura Electrónica de venta en salud
2. Registro de la atención de salud
 - 2.1. Resumen de Atención
 - 2.2. Epicrisis
3. Resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico
4. Descripción quirúrgica
5. Registro de anestesia
6. Comprobante de recibido del usuario
7. Soporte de traslado de transporte
 - 7.1 Hoja de traslado asistencial de pacientes (primario y secundario)
 - 7.2 Soporte del transporte no asistencial ambulatorio de la persona

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

8. Prestación de servicios una vez agotada la cobertura de SOAT, ADRES o la entidad que haga sus veces

9. Orden o prescripción facultativa

10. Lista de precios.

11. Hoja de atención de urgencia.

12. Hoja de atención odontológica

13. Hoja de administración de medicamentos

14. Rips validado

15. Evidencia envío del trámite.

Según lo consagrado en la resolución 2284 de 2023, No podrán exigir soportes adicionales, el envío de forma digital o electrónica, se pueden pactar menos soportes... a excepción de la FEV y el RIPS

La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Por cada paciente o grupo de pacientes atendidos en un periodo determinado, debe existir una factura o elaborada bajo los parámetros establecidos por la DIAN.

La factura se debe elaborar en original y dos copias así: La original para ESE y copia a contabilidad, copia para la EPS que contrato el servicio y copia para el paciente, según lo definido en la Ley 1231 de 2008.

A continuación, se enlistan los soportes de cobro que los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud radicarán a las entidades responsables de pago conforme a lo establecido en el anexo técnico #1 de la Resolución 2284/23, "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones":

Denominación, definición y contenido

1. **Factura de venta en salud:** La factura de venta en salud, es el primer soporte de cobro de la cuenta médica de la prestación de servicios o de la provisión de tecnologías en salud, que debe cumplir con las características y condiciones establecidas por la Unidad

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y la Resolución 510 de 2022 modificada por la 2805 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que las modifiquen o sustituyan.

2. **Registro de la atención de salud:** Se soporta mediante el resumen de atención o la epicrisis según se haya prestado el servicio de salud en atención ambulatoria o, en el servicio de urgencias con observación, internación o procedimientos quirúrgicos.

2.1 **Resumen de atención:** Descripción específica de la atención ambulatoria o la hoja de evolución de la historia clínica, el cual deberá contener:

- 2.1.1. Nombres y apellidos de la persona
- 2.1.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 2.1.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 2.1.4. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
- 2.1.5. Hora y fecha de ingreso
- 2.1.6. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
- 2.1.7. Anamnesis que incluya enfermedad 'actual, revisión por sistemas y antecedentes.
- 2.1.8. Examen físico
- 2.1.9. Interpretación de apoyos diagnósticos si aplica
- 2.1.10. Análisis
- 2.1.11. Diagnóstico
- 2.1.12. Plan de cuidado que incluye la solicitud del apoyo diagnóstico y terapéutico cuando se requiera, la información en salud, pautas sobre el autocuidado, signos de alarma y demás actividades relacionadas
- 2.1.13. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional facultado que diligencia el documento.

2.2. **Epicrisis:** Resumen de la historia clínica de la persona que ha recibido servicios de urgencia con observación, internación o procedimientos quirúrgicos, cuyo contenido se especifica a continuación.

- 2.2.1. Nombres y apellido á de la persona
- 2.2.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 2.2.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 2.2.4. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
- 2.2.5. Hora y fecha de ingreso
- 2.2.6. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
- 2.2.7. Hora y fecha de egreso
- 2.2.8. Motivo de consulta (Referido por la persona)

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- 2.2.9. Enfermedad actual (respuesta mínima a las siguientes preguntas ¿Cuándo? ¿Cómo? Evolución, estado actual y tratamiento), Descripción de las condiciones que llevaron a la atención: Tiempo de evolución, desencadenantes, mitigadores, estado actual y tratamientos realizados (médicos o no médicos)
- 2.2.10. Antecedentes médicos, quirúrgicos, tóxicos alérgicos y los demás pertinentes de acuerdo a la atención recibida
- 2.2.11. Revisión por sistemas relacionada con la enfermedad actual
- 2.2.12. Hallazgos del examen físico, incluye signos vitales (Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno)
- 2.2.13. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas).
- 2.2.14 Conducta, incluye la solicitud de apoyo diagnóstico (CUPS) y el plan de manejo terapéutico (CUM o IUM)
- 2.2.15 Cambios en el estado de salud de la persona que conlleven a modificar la conducta, el manejo o justifiquen la estancia, incluye complicaciones o eventos adversos durante la estancia o procedimiento quirúrgico
- 2.2.16 Interpretación de los resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico y de todo aquello que justifique cambios o continuidad en el manejo o del diagnóstico
- 2.2.17 Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten
- 2.2.18 Diagnósticos de egreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas)
- 2.2.19 Condiciones generales a la salida de la persona (estado: vivo o muerto) y si hubiere incapacidad médica temporal incluir el número de días.
- 2.2.20 Plan de manejo ambulatorio incluye el manejo terapéutico, apoyo diagnóstico y consultas médicas generales o especializadas
- 2.2.21 Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional tratante que diligencia el documento.

3. Resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de los procedimientos de apoyo diagnóstico. Tanto el resultado como la interpretación de cada uno de los apoyos diagnósticos solicitados deberá estar consignado en la historia clínica y ser conservados como anexo.

Para los casos excepcionales en los cuales se deben presentar soportes relacionados con el resultado o la interpretación de apoyos diagnósticos cuya obtención por razones técnicas supere el término de los veintidós (22) días hábiles de que trata el artículo 5 de la Resolución 510 de

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

2022, modificada por la Resolución 2805 de 2022 o aquella que la modifique o sustituya, el soporte exigible será la evidencia de la ejecución del procedimiento de apoyo diagnóstico y el trámite para la interpretación o lectura, con el fin agilizar el reconocimiento y pago de la prestación de estos servicios de salud.

4. Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un procedimiento quirúrgico, que recopila los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluida en la epicrisis, de ser así, no será necesario enviarse la descripción quirúrgica como soporte adicional.

Contenido de la descripción quirúrgica:

- 4.1. Nombres y apellidos de la persona
- 4.2. Tipo de documento de identificación de la persona
- 4.3. Número de documento de identificación de la persona
- 4.4. Fecha de nacimiento
- 4.5. Hora de nacimiento (cuando la persona sea un neonato)
- 4.6. Sexo biológico de la persona
- 4.7. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos quirúrgicos realizados (CUPS vigente)
- 4.8. Dispositivos médicos empleados, incluye material de osteosíntesis.
- 4.9. Código y descripción de medicamentos relacionados con el procedimiento quirúrgico, no anestésicos (CUM o IUM vigente)
- 4.10. Fecha y hora de inicio
- 4.11. Fecha y hora de terminación
- 4.12. Complicaciones y su manejo
- 4.13. Hallazgos quirúrgicos
- 4.14. Registro de muestras para patología: incluir la cantidad de especímenes para estudio
- 4.15. Diagnóstico prequirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades
- 4.16. Diagnóstico post quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades
- 4.17. Nota aclaratoria del cirujano, si aplica.
- 4.18. Estado a la salida (vivo / muerto)
- 4.19. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del cirujano (a) principal y ayudantes quirúrgicos, profesional en instrumentación quirúrgica y demás profesionales de la salud participantes En el caso de contarse con la hoja de gastos de cirugía, que contiene la relación de los dispositivos médicos empleados, no es necesario diligenciar el numeral 1.8 y copia de ésta debe ser enviada

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

5. **Registro de anestesia:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido, puede estar incluido en la epicrisis, de ser así, no debe enviarse como soporte adicional.

Contenido del registro de anestesia:

- 5.1. Nombres y apellidos de la persona
 - 5.2. Tipo de documento de identificación de la persona
 - 5.3. Número de documento de identificación de la persona
 - 5.4. Edad de la persona
 - 5.5. Sexo biológico de la persona
 - 5.6. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos realizados (CUPS)
 - 5.7. Tipo de anestesia (local, regional o general)
 - 5.8. Fecha y hora de inicio
 - 5.9. Fecha y hora de terminación
 - 5.10. Complicaciones y su manejo
 - 5.11. Registro de medicamentos con sus especificaciones (CUMS o IUMS), incluye la aplicación de medicina transfusional (CUPS)
 - 5.12. Estado a la salida (vivo / muerto)
 - 5.13. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del especialista en anestesiología y otros profesionales participantes
6. **Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio o provisión de la tecnología en salud por parte de la persona, su representante o cuidador, según aplique:
- 6.1. Para la prestación o el suministro de terapias, medicamentos, o dispositivos médicos fuera de un servicio de internación o de atención inmediata, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud deberá demostrar la prestación o suministro de los mismos a la persona, su representante o cuidador, a través de medios tecnológicos que permitan la identificación de la persona, o cuando no sea posible, en otros instrumentos que puedan ser diseñados para tal efecto, que incluyan la firma y datos de identificación o, lo que las partes convengan en el acuerdo de voluntades.
 - 6.2. En el caso de la atención de urgencias sin observación, la evidencia será la hoja de atención de urgencias y en la atención de urgencias con observación, así como en la internación será la epicrisis.
 - 6.3. En los procedimientos quirúrgicos, la descripción quirúrgica o la epicrisis cuando esta incluya la descripción quirúrgica.
 - 6.4. En la atención ambulatoria será el registro específico de dicha atención.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

6.5. Para las interconsultas, la hoja de evolución de la historia clínica, en los formatos de registro. específico correspondientes que tenga determinado el prestador de servicios de salud.

7. Soporte de traslado o transporte:

7.1 Hoja de traslado asistencial de pacientes: El servicio de traslado asistencial de pacientes deberá estar soportado con la hoja de traslado, la cual contiene el resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado de la persona, en los términos del artículo 107 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya.

Contenido de la hoja de traslado asistencial de personas:

7.1.1. Hoja de traslado primario asistencial de personas:

- 7.1.1.1 Nombres y apellidos de la persona
- 7.1.1.2 Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 7.1.1.3 Edad y sexo biológico de la persona
- 7.1.1.4 Hora del despacho
- 7.1.1.5 Hora de llegada al lugar de la escena
- 7.1.1.6 Triage del paciente en escena
- 7.1.1.7. Hora de salida del lugar de la escena
- 7.1.1.8. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS
- 7.1.1.9. Medicamentos en CUMS o IUMS y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- 7.1.1.10 Código de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)
- 7.1.1.11 Lugar de origen (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- 7.1.1.12 Hora de llegada de la ambulancia al servicio.
- 7.1.1.13 Código REPS de la Institución receptora
- 7.1.1.14 Hora de recepción del paciente por la institución
- 7.1.1.15 Estado del paciente al ingreso (vivo o muerto)
- 7.1.1.16 Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del acompañante y relación con la persona, cuando aplique
- 7.1.1.17 Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación de la tripulación correspondiente, de acuerdo con lo definido en la Resolución 3100 de 2019 o la que la modifique o sustituya.
- 7.1.1.18 Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional, tecnólogo técnico de salud que recibe a la persona en el caso que sea un prestador de servicios de salud.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

7.1.2. Hoja de traslado secundario asistencial de personas:

- 7.1.2.1. Nombres y apellidos de la persona
- 7.1.2.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 7.1.2.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 7.1.2.4. Grupo de servicio al cual es trasladada la persona (Anexo Técnico de la Resolución 3100 de 2019)
- 7.1.2.5. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS
- 7.1.2.6. Medicamentos en CUMS o IUMS y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- 7.1.2.7. Código de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)
- 7.1.2.8. Fecha y hora de inicio del recorrido
- 7.1.2.9. Lugar de origen (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- 7.1.2.10. Fecha y hora de finalización del recorrido
- 7.1.2.11. Lugar de destino (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- 7.1.2.12. Estado al finalizar el traslado (vivo / muerto)
- 7.1.2.13. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera. Se entiende por traslado redondo aquel en el cual la persona es llevada a otro prestador para la realización de un procedimiento y la ambulancia espera y retorna la persona al prestador de origen.
- 7.1.2.14. Distancia del recorrido según corresponda:
- 7.1.2.15. Kilómetros o millas iniciales
- 7.1.2.16. Kilómetros o millas finales
- 7.1.2.17. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del acompañante y relación con la persona, cuando aplique
- 7.1.2.18. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación de la tripulación correspondiente, de acuerdo con lo definido en la Resolución 3100 de 2019 o la que la modifique o sustituya
- 7.1.2.19. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional, tecnólogo técnico de salud que recibe a la persona en el caso que sea un prestador de servicios de salud.

En caso de requerir ingreso a un prestador de servicios de salud durante el recorrido por complicaciones o deterioro del estado clínico en el traslado, se deberá justificar la causa e informar el nombre del prestador, kilómetros de desviación y tiempo utilizado para la atención de la persona.

7.2. Soporte del transporte no asistencial ambulatorio de la persona: El servicio de transporte no asistencial ambulatorio de la persona, definido en el artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya, estará soportado por el tiquete de transporte de pasajeros reglamentado por la DIAN y el registro en el archivo 3.7 del artículo 5 de la Resolución

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

1036 de 2022 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya. En casos excepcionales donde no se cuente con este tiquete, el comprobante podrá ser concertado entre las partes.

8. Prestación de servicios una vez agotada la cobertura de SOAT, ADRES o la entidad que haga sus veces:

8.1. Copia de la Factura de venta por el cobro a la aseguradora SOAT, ADRES o la entidad que haga sus veces: Para el cobro de la prestación de los servicios de salud y el transporte al centro asistencial de las víctimas de accidentes de tránsito, una vez agotada la cobertura del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, según lo establecido en el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, los prestadores de servicios de salud deben presentar la copia de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud que fueron prestados, siguiendo el orden cronológico, a la aseguradora que expidió la póliza la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o la entidad que haga sus veces, a la entidad promotora de salud entidad adaptada, y a la Administradora de Riesgos Laborales, cuando aplique, sin que estas puedan objetar los valores facturados al primer pagador En todo caso, es responsabilidad del prestador de servicios de salud cerciorarse que lo facturado a la aseguradora que expidió el SOAT, a la ADRES o la entidad que haga sus veces, agote la cobertura de la que ésta es responsable antes de facturarle a la EPS, entidad adaptada o ARL, o si ya facturó, dar alcance con notas débito o crédito según corresponda.

8.2. Factura de venta del material de osteosíntesis expedida por el proveedor: De realizarse procedimientos quirúrgicos que incluyan material de osteosíntesis por accidentes de tránsito amparados con la póliza SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, será obligatorio adjuntar la factura del material expedida por el proveedor del prestador. No aplica cuando se haya pactado lo correspondiente en el acuerdo de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud.

9. **Orden o prescripción facultativa:** Documento en el que el profesional de la salud tratante ordena o prescribe los servicios o las tecnologías en salud a una persona. Para la prescripción de medicamentos, debe cumplirse lo dispuesto en los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya. De pactarse en los acuerdos de voluntades que no se requiere autorización, el soporte de la factura de venta en salud es la copia de la orden o prescripción facultativa. De expedirse la autorización, no se requerirá él envío de la orden o prescripción facultativa como soporte.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Los servicios y tecnologías en salud de intervenciones que hacen parte de las RIAS y cuya orden dependen únicamente de variables demográficas tales como sexo y edad, no requieren la prescripción facultativa.

10. **Lista de precios:** Documento que relaciona el precio al cual el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud factura las tecnologías en salud cuando estas no se encuentran incluidas en el listado de precios que hace parte del acuerdo de voluntades en los casos de atención sin contrato. No incluye las tecnologías en salud sujetas a regulación de precios.

Los servicios y tecnologías en salud incluidos en el listado de precios se expresarán con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por este Ministerio y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, los cuales son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

11. **Hoja de atención de urgencia:** Es el registro de la atención en salud en el servicio de urgencias, para aquellos casos en los cuales la persona no requirió observación, ni internación. Incluye la interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente o la descripción y resultado cuando se hayan realizado procedimientos no quirúrgicos o procedimientos de pequeña cirugía y los dispositivos médicos utilizados, según aplique.
12. **Hoja de atención odontológica:** Es la hoja en donde se registran los datos de la valoración en salud bucal, incluyendo los datos clínicos relacionados, la condición inicial de la cavidad bucal y sus estructuras relacionadas, odontograma y periodontograma, cuando aplique, la evolución del tratamiento odontológico realizado y la interpretación de las ayudas diagnósticas. Aplica en la valoración de la salud bucal inicial y en la final, cuando se hubieran ejecutado procedimientos terapéuticos.
13. **Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado de la administración de medicamentos realizada directamente por el profesional correspondiente.

Contenido de la hoja de administración de medicamentos:

- 13.1. Nombres y apellidos de la persona
- 13.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 13.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 13.4. Nombre del medicamento (principio activo), concentración, forma farmacéutica y, unidad de medida.
- 13.5. Posología, incluye dosis e intervalos de tiempo de su administración
- 13.6. Vía de administración
- 13.7. Fecha y hora de administración

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

13.8: Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identificación del profesional que lo administró

14. **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):** Soporte obligatorio que incluye el detalle de cargos de la factura de venta en salud, la información relacionada con el tipo de pago compartido o copago, cuota moderadora y el valor de los mismos, así como los demás campos reglamentados mediante la Resolución 1036 de 2022 modificada por la Resolución 2806 de 2022 ola que la modifique o sustituya, validado mediante el mecanismo único dispuesto por este Ministerio, de acuerdo con lo definido en la Resolución 1557 de 2023.
15. **Evidencia del envío del trámite respectivo:** Corresponde a la evidencia del envío del informe de atención de urgencias, de la solicitud de autorización y, de la solicitud de referencia y/o contrarreferencia, por parte del prestador de servicios de salud a la entidad responsable de pago mediante los canales de relacionamiento y a los mecanismos de entrega y actualización de información pactados y disponibles para el trámite

Con forme a lo establecido en la Resolución 2284/23, "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones", se hace la definición del listado máximo según la modalidad de pago:

Listado de soportes de cobro según modalidad de pago:

Listado máximo estándar de soportes de cobro para todas las modalidades de pago prospectivas:

El pago en la modalidad de prospectivo según lo definido en el numeral 5 del Artículo 2.5.3.4.1.3 Definiciones, del Decreto 441/22, "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud", se tiene modalidad de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención.

"(...)

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Decreto 441/22, "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Artículo 2.5.3.4.1.3 Definiciones. Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

6. Pago prospectivo. **Modalidad de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención.**

(...)”. Subrayado fuera del texto.

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis, según aplique
3. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
4. Copia del comprobante de recibido del usuario, si aplica
5. Interpretación de los apoyos diagnósticos en la hoja de atención de urgencias, si aplica
6. Copia del resumen de atención o epicrisis, si aplica
7. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
8. Copia del registro de anestesia, si aplica
9. Reportes normativos relacionados con las intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal y con condiciones crónicas y de alto costo, si aplica según la periodicidad definida de acuerdo a la normatividad vigente, o en su defecto a la periodicidad pactada previamente entre las partes para cada tipo de reporte, durante los procesos de seguimiento y monitoreo de los acuerdos de voluntades
10. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Listado estándar de soportes de cobro según tipo de prestaciones para la modalidad de pago por evento:

El pago en modalidad de evento, según lo definido en el numeral 5 del Artículo 2.5.3.4.1.3 Definiciones, del Decreto 441/22, "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud", se tiene que esta modalidad Pago se define el los pagos retrospectivos. Modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.

"(...)

Decreto 441/22, "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 que regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"

Artículo 2.5.3.4.1.3 Definiciones. Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

Pago retrospectivo. Modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.

(...)

Consultas en la atención ambulatoria, excepto odontología:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Consultas y procedimientos odontológicos en la atención ambulatoria:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia de la hoja de atención odontológica
4. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

Procedimientos de apoyo diagnóstico en la atención ambulatoria:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia de los resultados o interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico según aplique.
4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

Medicamentos (incluye oxígeno y equipo de administración) y APME de uso ambulatorio:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia del comprobante de recibido del usuario
4. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Dispositivos médicos (incluye equipo) de uso ambulatorio:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS. No aplica en los proveedores de tecnologías en salud que no prestan directamente servicios de salud a la persona.

Atención de urgencias:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
3. Copia de la hoja de administración de medicamentos
4. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
5. Copia de la lista de precios de las tecnologías en salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades o cuando no haya contrato
6. Copia de la factura o detalle de cargos por el cobro al SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, en caso de accidente de tránsito
7. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

Servicios de internación o procedimientos quirúrgicos:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia de la epicrisis.
4. Copia de la hoja de administración de medicamentos
5. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la epicrisis
6. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
7. Copia del registro de anestesia, si aplica
8. Copia de la lista de precios de las tecnologías en salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades o cuando no haya contrato

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

9. Copia de la factura o detalle de cargos por el cobro al SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, en caso de accidente de tránsito 2
10. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

Transporte asistencial o no asistencial de personas:

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades y en la atención de urgencias o cuando es el CRUE quien determina el traslado
3. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
4. Copia de la hoja de traslado asistencial de pacientes, el tiquete de transporte de pasajeros para el transporte no asistencial, reglamentado por la DIAN, de la empresa que presta el servicio según aplique o el pactado por las partes en caso de excepción.
5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

Intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal y con condiciones crónicas y de alto costo

Independientemente de la modalidad de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de cobro deberá comprender:

1. Factura de venta en salud
2. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS
3. Los reportes normativos a partir de los cuales se genera información de obligatorio cumplimiento relacionada con esas poblaciones, de acuerdo con la normatividad vigente. Sino existe normatividad al respecto, dichos reportes se harán de acuerdo con la periodicidad pactada previamente entre las partes para cada tipo de reporte, durante los procesos de seguimiento y monitoreo de los acuerdos de voluntades

Intervenciones Colectivas:

Independientemente de la modalidad de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de cobro deberá comprender:

1. Factura de venta en salud
2. Los soportes pactados de conformidad con el lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones colectivas dispuesto en la Resolución 518 de 2015, modificada por la Resolución 3280 de 2018 y por la Resolución 295 de 2023 o aquellas que las modifiquen o sustituyan, el cual será un anexo técnico del convenio o contrato del PIC y contendrá como

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

mínimo: el nombre de la estrategia; la intervención; el talento humano que conformará los equipos básicos en salud; la definición de territorio y micro territorio, el costo, la población sujeto, el lugar de ejecución, el entorno, la cantidad de actividades a ejecutar y trimestre que refleje de forma clara costos directos, indirectos, las orientaciones o especificaciones técnicas para la ejecución de las actividades, el indicador (es) de producto y resultado, criterios y soportes requeridos para la auditoría y evaluación técnica, administrativa y financiera incluida la presentación de los RIPS con los CUPS, según la naturaleza el acuerdo de voluntades. 4.3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS.

3. Soporte de ejecución de otras actividades que no estén incluidas en el listado de códigos CUPS mencionado en anterior numeral.

Referentes técnico y legal de los procesos de prestación de servicios de salud en la E.S.E Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

Clasificación de la población por tipo de afiliación al S.G.S.S.S

Población usuaria asegurada

Régimen contributivo

- Afiliados cotizante y beneficiaria
- Regímenes especiales de excepción – entidades excluidas
- Usuarios de planes complementario de salud

Régimen subsidiado

- Usuarios del régimen subsidiado
- Usuarios de servicios no cubiertos por el POS

Población sin un seguro de salud

No asegurados en condiciones de pobreza o vinculados

- Con clasificación SISBEN 0,1,2,3. (se procede según artículo 38 de la Ley 1438/11)

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Sin clasificación SISBEN (se procede según artículo 38 de la Ley 1438/11)
- Usuaría de programas especiales: desplazados, usuarios países fronterizos que están de forma irregular, IVA social

No asegurados con capacidad de pago

- Con clasificación SISBEN 4,5,6.
- "Particular o privada" que responde directamente por sus servicios

Clasificación de la población por tipo de evento para ser atendido en el S.G.S.S.S.

- Víctima de accidentes de tránsito.
- Víctima de eventos catastróficos y terroristas.
- Beneficiarios de intervenciones colectiva PIC

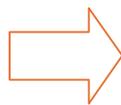
Dinámica de la atención al usuario en el Momentos de la atención

Independientemente del tipo de servicio que requiera el usuario de la E.S.E Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar siempre habrá una secuencia ordenada de actividades y que podrían agruparse en tiempos diferentes: un momento de entrada o admisión a la entidad, otro de atención en el servicio específico y otro de salida o egreso.

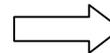
La forma de definir los límites entre uno u otro momento, está dada por el tipo de servicio alrededor del respectivo centro de producción en los diferentes servicios asistenciales: ambulatorio, de urgencias u hospitalización.



ADMITIR AL USUARIO
PRIMER MOMENTO ²



PRESTAR AL USUARIO LOS
SERVICIOS ASISTENCIALES
SEGUNDO MOMENTO



SALIDA DEL USUARIO

² Guías de capacitación y consulta 2 da edición corregida -2000

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Admisión del usuario a los servicios

Admitir es el conjunto integrado de procedimientos mediante el cual la institución acoge al usuario para ofrecerle los servicios que requiere, para garantizarle la plena satisfacción de sus requerimientos y el cumplimiento previo de los requisitos administrativos y asistenciales pertinentes. En algunos casos, estos dos procesos se dan de manera simultánea

Prestación de servicios de salud a los usuarios

Recibir un servicio asistencial o una atención de salud específica: este es el objetivo que los usuarios buscan en la E.S.E Hospitales San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

Los demás servicios que se prestan se efectúan alrededor de los procesos de prestación de servicios de salud y tienen por objeto hacer amigable la atención, satisfacer las expectativas de los clientes, hacer menos engorrosos los trámites administrativos requeridos para su prestación y garantizar la sobrevivencia de la E.S.E Hospitales San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

Los servicios de salud específicos se ubican cada uno de los Centros de Producción del Hospital de acuerdo con su misión. Así, la atención asistencial tiene dos momentos: la recepción dentro del centro de producción y la prestación del servicio en sí mismo.

Salida del usuario de los servicios hospitalarios

Es el conjunto de procesos de atención derivados de los servicios asistenciales y que preparan al usuario para su salida del Hospital, el regreso y adaptación a su medio familiar, laboral y social y la continuidad del plan terapéutico a nivel domiciliario, en otra entidad o en un control posterior.

Las actividades tienen un componente de tipo administrativo donde se realizan los trámites de facturación, cobro, asignación de citas, remisiones a otras entidades, etc. y a su vez un elemento asistencial donde se da la orientación necesaria para finalizar o darle continuidad a su plan de tratamiento

Procesos para la atención al usuario

Información

Toda atención se inicia con la manifestación de la necesidad de ser atendido por el Hospital, (o su responsable).

Puesto que el objeto fundamental de la Empresa es lograr la satisfacción del usuario, una de sus finalidades debe ser satisfacer sus necesidades básicas de información, para colmar sus expectativas, brindar una mayor oportunidad en el acceso a los servicios asistenciales, ofrecer

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

bienestar y tranquilidad al usuario y sus familias y generar un óptimo nivel de confianza en E.S.E Hospitales San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

Identificación y clasificación del usuario

- **Datos básicos del usuario.** Como nombres y apellidos completos, identificador en el sistema, tipos de usuario, y de afiliado, ocupación, grupo de atención especial, unidad de medida de la edad, valor de edad, sexo, residencia habitual y zona de residencia.
- **Tipo de usuario y fuente de pago o empresa.** Aseguradora o entidad responsable. Es decir, identificar si el usuario cuenta o no, con una póliza de salud que lo respalde; el resultado debe ser la identificación de la aseguradora o fuente de pago.
- **Clasificación socioeconómica del usuario.** Nivel SISBEN, Nivel por salario base de cotización y Copagos, cuotas moderadoras o de recuperación que le corresponden al usuario.
- **Requerir y capturar los documentos o soportes para su atención y posterior cobro de los servicios a las aseguradoras.** La solicitud de estos soportes debe estar acorde con lo estipulado en la ley o en los contratos. No se deben solicitar más papeles de los necesarios porque la Institución pone al usuario a realizar trámites innecesarios y esto genera dificultades en el cobro de las cuentas.

Comprobación de derechos

La identificación y comprobación de derechos es un punto crítico para el éxito de la facturación porque permite:

1. Identificar plenamente quién es el directo responsable del pago de los servicios solicitados. Si esto no se hace sistemáticamente, se perjudican las finanzas de la empresa porque los ingresos se ven afectados.
2. Además, permite reconocer los usuarios que no cuentan con una póliza que respalde su atención en salud y no tienen capacidad de pago para encaminar un proceso de focalización y remisión a las alcaldías para su sisbenización.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

La verificación de derechos consiste en constatar

- Que el contrato del usuario con la aseguradora esté vigente y que los servicios solicitados por él estén contemplados en el convenio o asumidos por la normatividad actual con la aseguradora.
- Que el carné de la respectiva aseguradora esté vigente.
- Que el usuario aparezca en el listado o base de datos de afiliados y beneficiarios de la E.R.P respectiva.

Las Instituciones hospitalarias deben solicitar a las E.R.P, con las que tengan contratos, los listados actualizados de los afiliados cotizantes y beneficiarios y de los afiliados subsidiados Para el caso de los sisbenizados se deben ubicar en los listados censales o base de datos del SISBEN vía página web, bajo responsabilidad del Municipio, con los siguientes; mínimo:

1. Nombre e Identificación
2. Número de la ficha de SISBEN
3. Fecha de la encuesta
4. Puntaje obtenido
5. Nivel

Apertura de la historia clínica

Es el proceso por el que una Institución asigna un numero de historia en el software, que deberá contener todos los datos relacionados con la atención individual y el diligenciamiento de los datos administrativos del formulario de "Identificación y Resumen de Atenciones", más cualquiera de los formularios para el registro clínico, de acuerdo con el estado de salud y el tipo de atención brindada.

Ahora bien, de acuerdo con la Resolución No. 1995 de 1999, todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería.

Cuando no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre o del padre, y un número consecutivo.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Programar la atención y citar al usuario al servicio

Mediante este proceso la entidad adquiere el compromiso de prestar servicios asistenciales en una fecha futura, en una hora y sitio predeterminado, con un recurso programado para tal fin, con lo cual se busca una óptima utilización de los recursos, garantizar a los usuarios mayor oportunidad y comodidad para acceder a todos los beneficios susceptibles de ser programados: consulta externa, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, odontología, prevención y promoción, hospitalización, y los demás servicios que ofrece la E.S.E.

Facturación

En el marco del Sistema General de Seguridad Social SGSSS y acorde con el nuevo modelo de prestación de servicios, las E.S.E como cualquier empresa, debe garantizar su subsistencia mediante la producción y venta de servicios de salud.

La facturación es el conjunto de actividades que nos permite liquidar la prestación de servicios producto de la atención al usuario en el hospital. Este proceso se activa cuando se solicita y se atiende un servicio

Dadas las características del SGSSS, la E.S.E Hospital San Martin deben hacer un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas y cobrar a las instancias pertinentes.

El proceso de facturación en la E.S.E tiene dos funciones clave que son:

1. Recopilar y organizar la información que genera la atención prestada a un paciente.
2. Reproducir una factura para cobrarle correctamente a un paciente o a una entidad (E.R.P), con que se tiene una relación contractual o como producto de un evento atendido (accidente de tránsito, evento catastrófico, etc.).

Proceso de facturación

Los componentes de este esquema son:

Entradas

- Un contrato o convenio y un manual de tarifas, en los que se basan para liquidar las cuentas de cobro de los servicios prestados a un paciente. Soportes o documentos remitidos del área de admisiones del Hospital, donde indiquen los ingresos (Hoja de Admisión), los traslados de camas y pabellones, y los egresos de los pacientes.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Otros soportes o documentos de apoyo que envían los servicios médicos del hospital donde informan sobre los procedimientos, exámenes y suministros aplicados o entregados a un paciente. Todos ellos contenidos en el anexo técnico #1 de la Resolución 2284/23, las demás que adicionen o modifiquen.

Salidas

- Las facturas individuales por paciente por concepto de servicios prestados para el caso de modalidad de pago por evento.
- Factura por todos los servicios prestado en el contrato pago prospectivos.
- Informaciones Financiera y Gerencial, utilizada para construir indicadores que permiten monitorear el comportamiento de la empresa y alimentar el sistema contable.

Afiliación de oficio

Para efecto de la afiliación de oficio el Ministerio de la Salud y la Protección Social establecido en el Artículo 236 del Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1955 de 2019), se expidió el Decreto 064 de 2020, el cual en su Artículo 4º establece la afiliación de oficio como instrumento para la afiliación en una EPS, de aquella población que se encuentre sin aseguramiento en salud por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, o que se encuentre con la novedad de terminación de la inscripción en una EPS. Este instrumento fue reglamentado mediante la Resolución 1128 de 2020.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo anterior, ha dispuesto una funcionalidad de Afiliación de Oficio, en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, siendo este el medio para el registro de la afiliación y el reporte de novedades, por parte de los actores del sistema.

La información contenida en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT y su manejo, estarán sujetos a las disposiciones sobre protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013, Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

El sitio web para acceder al Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, es www.miseguridadsocial.gov.co

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

El ámbito de aplicación para realizar la Afiliación de Oficio que el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, está dirigido a las **Instituciones Prestadoras de Salud – IPS** y las Entidades Territoriales – ET.

Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT

Es importante tener en cuenta el proceso de registro en el SAT, antes de hacer uso de esta funcionalidad:

Quienes deben registrarse:

- El Representante Legal de la IPS o Entidad Territorial - ET.
- La persona que el representante legal vaya a delegar.
- La persona autorizada para hacer las afiliaciones de oficio.

Inicie el registro teniendo en cuenta los siguientes pasos:

PASO 1:

Para acceder al Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, www.miseguridadsocial.gov.co, es necesario que se realice un primer registro como persona natural, ingresando los datos básicos como el tipo y número de documento, nombre completo, fecha de nacimiento, correo electrónico personal, entre otros, con la finalidad de crear el usuario y la contraseña respectiva, en el sistema.

PASO 2:

Una vez el Representante Legal de la IPS (Gerente) o del Ente Territorial (Alcalde), haya cumplido con el anterior requisito y tenga las credenciales de autenticación (Usuario y Contraseña), para ingresar al sistema, debe registrarse como persona jurídica y así crear el Rol Empleador Persona Jurídica.

Para cumplir con el anterior paso, es necesario que el Representante Legal, tenga a la mano el Registro Unico Tributario – RUT, si es que la información registrada no coincide con la reportada en las fuentes de referencia, para ello, debe adjuntar este documento que lo acredita como Representante Legal, el cual dará soporte a la existencia de la persona jurídica.

PASO 3:

El siguiente paso que el Representante Legal, debe realizar es registrar los datos del usuario autorizado por él mismo, quién ejercerá las funciones de delegado y será el que cumpla las mismas acciones del Representante Legal, dentro de Mi Seguridad Social.

PASO 4:

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Una vez el delegado haya registrado sus datos básicos como, tipo y número de documento, nombre completo, correo electrónico institucional, entre otros, de esta manera, creará el usuario y su contraseña respectiva en el sistema.

PASO 5:

El Representante Legal y/o el delegado de la IPS o ET, son los únicos que habilitan en el sistema, a la persona autorizada para realizar las Afiliaciones de Oficio, en el SAT, con el cumplimiento de los siguientes pasos:

- Iniciar sesión en www.miseguridadsocial.gov.co, con las credenciales que fueron creadas.
- Seleccionar el Rol Empleador Persona Jurídica.
- Seleccionar la opción "Administrar Autorizados".
- Seleccionar la opción "Nuevo".
- Registrar los datos básicos del "Autorizado"

Inicio de la afiliación de oficio en el SAT por parte del autorizado

- Iniciar sesión en www.miseguridadsocial.gov.co, con las credenciales que fueron creadas, por parte del "Usuario Autorizado".
- Seleccionar el Rol "Ente Territorial" o "Institución Prestadora de Salud", según corresponda.
- Seleccionar la opción "Afiliación de Oficio".
- Seleccionar la opción "Comenzar" e inicie con la incorporación de datos del afiliado.

Validaciones

El proceso de Afiliación de Oficio en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, realiza un proceso de validación de identidad para ser comparados y validados con nuestras fuentes de referencia, como son, entre otras:

- RENE – Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES – Administradora de los Recursos del SGSSS
- RUAF–ND - Registro Único de Afiliados (Nacimientos y Defunciones)
- Listados Censales de Poblaciones Especiales, y demás información disponible.

Aspectos para la afiliación de oficio en el SAT

- Cuando la persona reúna condiciones para pertenecer al régimen contributivo, la registrará y la inscribirá en una EPS de dicho régimen

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y se encuentre clasificado en los niveles I y II del SISBEN
- Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y que no le ha sido aplicada la encuesta del SISBEN.
- La persona deberá elegir la EPS de no hacerlo, el SAT seleccionará la EPS que tenga mayor cobertura en la jurisdicción y será la ET o la IPS, quién le informe sobre dicha inscripción

Modificación de la afiliación de oficio

1. La persona que no se encuentre afiliada al SGSSS, puede afiliarse de oficio cuando:

- La persona Demande servicios ante una IPS
- Al momento en que sea focalizada por la Entidad Territorial

2. Se podrán afiliar:

- a) Personas que se encuentren en los niveles I y II del Sisbén
- b) Poblaciones especiales
- c) Personas que no cuenten con encuesta Sisbén (afiliación temporal),
- d) Población en estado terminado en la BDUA (retirado y desafiliado).

3. Corresponde a la Entidad Territorial gestionar la aplicación de la encuesta Sisbén y verificar las condiciones para continuar como beneficiario del régimen subsidiado de la población.

- Cuando la afiliación de oficio se realiza a través del SAT, a la EPS y a la Entidad Territorial les llega la novedad al día siguiente, a través del SFTP dispuesto.
- Las EPS NO PODRÁN NEGAR LA INSCRIPCIÓN a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán colocar barreras para la afiliación y la prestación de servicios que requiera el afiliado.
- La IPS DEBERA GARANTIZAR LA PRESTACION DE SERVICIOS una vez sea registrada la afiliación de oficio en el SAT.
- El documento de la persona a afiliar o inscribir debe ser válido para su edad y condición
- Para el reporte de la población sin encuesta Sisbén a la BDUA por parte de las EPS, la ADRES creo en la BDUA el tipo población especial (Código 31- Afiliado de oficio sin encuesta Sisbén ni población especial).

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Para identificar la población que se inscriba mediante la afiliación de oficio por parte de las EPS, la ADRES creó en la BDUA de una marca especial que identifica los siguientes casos: (Afiliación de oficio sin encuesta Sisbén ni población especial, Afiliación de oficio con Sisbén - Nivel I, Afiliación de oficio con Sisbén - Nivel II, Afiliación de oficio - población especial).
- Las EPS, una vez notificadas de la afiliación de oficio con Formulario de afiliación, deberán reflejar en sus sistemas de información dicha novedad; reportar a la BDUA, según lo establecido en la Resolución 4622 de 2016

Afiliación de recién nacido y de padres no afiliados

Todo recién nacido debe estar afiliado en una EPS, según las reglas vigentes.

La afiliación se extendió a los padres del recién nacido no afiliados con documento válido de identificación o con novedad de terminación de la inscripción.

Imagen paso a paso afiliación de oficio

Imagen paso a paso afiliación de oficio



Funcionalidad de Afiliación de oficio Miseguridadsocial

! Antes de acceder a la funcionalidad de afiliación de oficio, verifique:

- ✓ Que la persona a afiliar no se encuentra en la BDUA. Para ello deberá acceder a <https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>, e ingresar los datos de la persona a afiliar.
- ✓ Que usted está autorizado para hacer afiliaciones de oficio.

1 Ingreso de datos de la persona a afiliar

- ✓ Los datos ingresados serán validados frente a las fuentes de referencia de Miseguridadsocial: MID, RUAF, IND.
- Si no encuentra coincidencia de documento, buscará coincidencias de nombre y apellidos.
- ✓ Miseguridadsocial analizará la edad de la persona así:
 - Si es mayor de edad, lo redirige a la Fase II para validar sus condiciones para cotizar.
 - Si es menor de edad, lo redirige a la Fase III para hacer la afiliación a través de la madre o el padre.

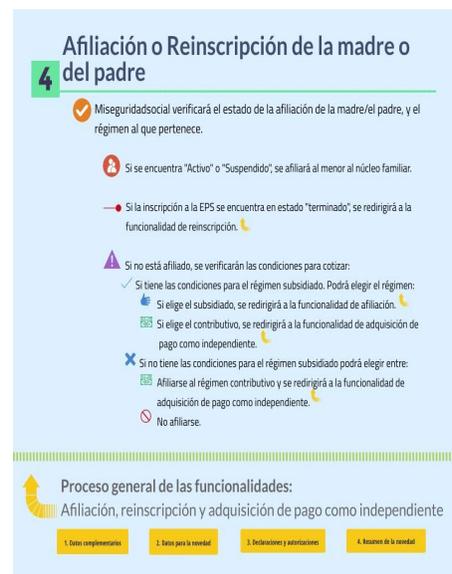


2 Validación de condiciones para afiliación

- ✓ Se formularán una serie de preguntas para verificar si se puede afiliar a la persona como Cotizante/Cabeza de familia:
 - Si la persona tiene condiciones para cotizar, quedará afiliado como cotizante independiente.
 - Si la persona tiene un tipo de discapacidad, se redirigirá a la Fase III para hacer la afiliación a través de la madre o el padre.
 - Si la persona tiene entre 18 y 25 años y depende económicamente de sus padres, se redirige a la Fase III.
 - Si la persona es mayor de 25 años y no se encuentra en situación de discapacidad, se verificará si la persona cumple con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado:
 - ✓ Si cumple con las condiciones, será afiliado como cabeza de familia.
 - Si no cumple con las condiciones, la persona deberá acercarse a su ente territorial para que le realicen la encuesta SISBEN.

3 Afiliación a través de la madre o el padre

- ✓ Se intentará afiliar a la persona a través de la madre.
- Si la madre se encuentra incoincidente o fallida, se afiliará al menor a través del padre.
- ✓ Los datos de la madre o el padre ingresados serán validados frente a las fuentes de referencia de Miseguridadsocial: MID.
- Si los padres están ausentes, o no se encontraron los datos de ninguno de los padres, Miseguridadsocial verificará la edad de la persona:
 - Si es menor de edad, la persona será afiliado como cabeza de familia.
 - Si es mayor de edad, se verificará si la persona cumple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado:
 - ✓ Si cumple con las condiciones, será afiliado como cabeza de familia.
 - Si no cumple con las condiciones, la persona deberá acercarse a su ente territorial para que le realicen la encuesta SISBEN.



4 Afiliación o Reinscripción de la madre o del padre

- ✓ Miseguridadsocial verificará el estado de la afiliación de la madre/el padre, y el régimen al que pertenece.
 - Si se encuentra "Activo" o "Suspendido", se afiliará al menor al núcleo familiar.
 - Si la inscripción a la EPS se encuentra en estado "terminado", se redirigirá a la funcionalidad de reinscripción.
- Si no está afiliado, se verificarán las condiciones para cotizar:
 - ✓ Si tiene las condiciones para el régimen subsidiado. Podrá elegir el régimen:
 - Si elige el subsidiado, se redirigirá a la funcionalidad de afiliación.
 - Si elige el contributivo, se redirigirá a la funcionalidad de adquisición de pago como independiente.
 - Si no tiene las condiciones para el régimen subsidiado podrá elegir entre:
 - Afiliarse al régimen contributivo y se redirigirá a la funcionalidad de adquisición de pago como independiente.
 - No afiliarse.

Proceso general de las funcionalidades:
Afiliación, reinscripción y adquisición de pago como independiente

1. Base complementaria | 2. Base por la vejez | 3. Devaluación y actualización | 4. Recorte de la vejez

Fuente: Pasos a Paso <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Afiliacion-Oficio.aspx>

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Atención y Aseguramiento y atención a población migrante.

A través de la Circular 025 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social solicitó a gobernadores, alcaldes y secretarios de salud adelantar acciones en seis frentes de trabajo para asegurar a la población migrante proveniente de Venezuela y determinar los niveles de atención en salud.

Las acciones prioritarias son la coordinación intersectorial, particularmente con las autoridades migratorias y del sector social; el desarrollo de capacidades en problemas de salud habituales de inmigrantes; la afiliación al sistema de salud para quienes cumplan los requisitos; el control de alimentos y bebidas que ingre san al país; la vigilancia de brotes y epidemias; y las intervenciones colectivas, entre las que se incluyen la denuncia de situaciones de violencia y el fortalecimiento de espacios de convivencia.

Requisitos de aseguramiento a extranjeros

Los migrantes al momento de ingresar al país deberá contar con una póliza de salud que permita la cobertura ante cualquier contingencia de salud, no obstante, si no la adquirió y no tiene capacidad de pago, se le garantizará la atención inicial de URGENCIAS, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015.

1. Para obtener los beneficios del **SGSSS**, es necesario inscribirse a una entidad promotora de salud - EPS, recuerde que el migrante debe contar con algunos de los siguientes documentos de identificación: - Cédula de extranjería, pasa porte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia / Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados / Pasaporte para menores de siete (7) años.
2. Para realizar la afiliación de su núcleo familiar, debe presentar los respectivos documentos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia.
 - a. Una vez cuente con los documentos de identificación válidos tenga en cuenta lo siguiente:
 - * Si es empleado, trabajador independiente o tiene capacidad de pago, deberá afiliarse y cotizar al régimen contributivo.
 - * Para afiliarse al régimen subsidiado deberá aplicarse la encuesta **SISBEN** y estar clasificado en el nivel I y II.
 - * Para solicitar la aplicación de la encuesta deberá acercarse a la respectiva alcaldía o secretaría de planeación del municipio de residencia.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

b. Si no cuenta con los documentos mencionados para realizar la inscripción a la Entidad Promotora de Salud - EPS Deberá acercarse a una oficina de Migración Colombia, para realizar la expedición de alguno de los documentos válidos para la afiliación a una EPS.

Afiliación al sistema de salud de colombianos retornados de Venezuela

Tenga en cuenta que al momento de ingresar al país se le garantizará la atención inicial de Urgencias, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015. Para obtener los beneficios del SGSSS, es necesario inscribirse a una entidad promotora de salud (EPS) y recuerde que deberá contar con algunos de los siguientes documentos de identificación:

- Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.
- Registro Civil de Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.
- Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.
- Pasaportes menores de siete (7) años.
- Cuando aplique, el Permiso Especial de Permanencia (PEP) expedido por Migración Colombia, para beneficiario de grupo familiar de cotizante o cabeza de familia retornado.

Para realizar la afiliación de su núcleo familiar, deberá presentar los respectivos documentos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia:

- Si es empleado, trabajador independiente o tiene capacidad de pago, deberá afiliar se y cotizar al régimen contributivo.
- Por tratarse de una población especial serán incluidos a través de un listado censal, elaborado por la entidad territorial del municipio de residencia, para lo cual deberá acercarse a la secretaría de salud de su municipio de residencia, y luego podrá inscribirse a la Entidad Promotora de Salud
- EPS seleccionada. Si no cuenta con los documentos mencionados para realizar la inscripción a la Entidad Promotora de Salud
- EPS - Deberá acercarse a la Registraduría Nacional del Estado Civil, para solicitar la expedición de los documentos válidos para la afiliación.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Caso especial: recién nacido en Colombia de padres no afiliados (venezolanos)

Los migrantes al momento de ingresar al país se le garantizará la atención inicial de URGENCIAS, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015.

- Cuando se trate de padres no afiliados, la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, inscribirá en coordinación con la secretaría de salud al recién nacido en una EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Una vez los padres se afilien al SGSSS, el menor integrará el respectivo núcleo familiar.
- Los padres del recién nacido deberán declarar por escrito ante la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS que no cuentan con encuesta SISBEN y que no tienen capacidad de pago.

Para realizar la inscripción en una EPS de régimen subsidiado deberá contar con registro civil de nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo:

Si no cuenta con los documentos mencionados para realizar la afiliación a la Entidad Promotora de Salud (EPS), la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), deberá expedir el certificado de nacido vivo para poder realizar la inscripción en la EPS.

También podrá acercarse a una oficina de la Registraduría Nacional del Estado Civil, para solicitar la expedición del registro civil de nacimiento válido para la inscripción a cualquier EPS

La afiliación al Régimen Subsidiado puede ser realizada de oficio por la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS o la Entidad Territorial cuando el migrante venezolano, con documento válido, no se encuentre afiliado al SGSSS o se encuentre con novedad de terminación de la inscripción en la Entidad Promotora de Salud -EPS. El afiliado en esta condición (de Oficio) dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la inscripción en la EPS debe solicitar la aplicación de la ficha de caracterización socioeconómica del SISBÉN ante la entidad territorial del lugar donde se encuentre domiciliado, para que dentro de los cuatro (4) meses siguientes, contados a partir de la fecha de la afiliación a la EPS, la Entidad Territorial gestione la aplicación de la ficha (SISBÉN).

Así mismo, para continuar afiliado, debe acreditar su permanencia en el país actualizando la información de su domicilio cada cuatro meses contados a partir de la última actualización, ante el municipio o distrito en el que se encuentre domiciliado.

Pasados los cuatro (4) meses sin que se aplique la ficha de caracterización socioeconómica del SISBÉN y/o no se acredite la permanencia en el país, se procederá a la terminación de la afiliación de oficio.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

En el links [Población migrante venezolana](#), se podrá encontrar toda la actualidad de la atención de la población migrante (venezolana).

En las atenciones a los migrantes irregulares, que se hagan en el marco el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015, en atención de urgencias, se tendrá la obligación de proceder conforme a lo consagrado en el artículo. 2.9.2.6.3 del Decreto 866 de 2017.

“(…)

ARTÍCULO. 2.9.2.6.3. Condiciones para la utilización de los recursos. Los excedentes de la Subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces, que sean destinados para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, deberán ser utilizados por las entidades territoriales, siempre que concurren las siguientes condiciones:

- 1. Que corresponda a una atención inicial de urgencias en los términos aquí definidos.*
- 2. Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio.*
- 3. Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.*
- 4. Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.*
- 5. Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.*

PARÁGRAFO. Con el fin de incentivar la adquisición de un seguro o plan voluntario de salud las autoridades de ingreso al país informarán al nacional del país fronterizo, mediante el mecanismo más idóneo, de la existencia de esa posibilidad

(…)” subrayado fuera del texto

Para el cumplimiento del numeral 3. Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago., la E.S.E expedirá certificación de la no capacidad de pago de los servicios de urgencias, para lo cual se socializara esta certificación y el formato con la secretaria de salud de Departamento del Cesar.

No obstante, a lo anterior por cada atención que se realice a la población migrante irregular en la urgencia se tendrá que reportar en Sistema de Información para el Reporte de Extranjeros SIRE, conforme a lo establecido en el Decreto 834 de 2013, SIRE es una aplicación Web publicada en

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Internet la cual permite a los usuarios reportar los extranjeros con los cuales tienen alguna relación. Los tipos de reporte que se pueden realizar a través de SIRE son: Alojamiento y Hospedaje, Académicas, Vinculación o Contratación, Cooperantes y Voluntarios, Religiosas, Espectáculos Artísticos, Culturales o Deportivos, Transporte Internacional y atención por urgencias u hospitalización en Servicios de Salud. Para las empresas que prestan el servicio de Transporte Internacional se permite el registro de viajeros, ya sea colombianos o extranjeros.

Para ejecutar el *Sistema de Información para el Reporte de Extranjeros (SIRE)* el auxiliar administrativo de la E.S.E debe ingresar a la página de Migración Colombia <http://www.migracioncolombia.gov.co>

Se anexa Cartilla de Usuario Externo SIRE, en la cual se encontrará el funcionamiento de este aplicativo a fin de cumplir con el requisito obligatorio del reporte de los usuarios que son atendido en la E.S.E en la atención por urgencias u hospitalización en Servicios de Salud, se deja la claridad que este reporte es cronológico a la atención y no podrá superar las 24 horas después de la atención, porque se expondrán a las sanciones que tiene el Decreto 834 de 2013, los demás que adicionen o modifiquen.

Gestión de la atención de accidentes de tránsito.

La Circular Externa 015 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, los PSS deben definir y adoptar procesos y procedimientos específicos para la gestión administrativa que hace parte de la atención en salud del paciente víctima de accidente de tránsito, los cuales deben ser socializados con el equipo humano del Prestador y supervisados para efectos de garantizar su cumplimiento por parte de los responsables de la Entidad Prestadora.

En tal sentido la E.S.E Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar, define dentro del presente manual interno la gestión de la atención de accidentes de tránsito:

“(…)

Decreto 056 DE 2015

(enero 14)

Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga,

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Artículo 3°. Definiciones

Accidente de tránsito. Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este decreto, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas.

Beneficiario. Es la persona que acredite tener derecho a los servicios médicos, indemnizaciones y/o gastos de que trata el Título III del presente decreto, de acuerdo con las coberturas allí señaladas.

TÍTULO III

SERVICIOS DE SALUD, INDEMNIZACIONES Y GASTOS A RECONOCER A LAS VÍCTIMAS POR DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, EVENTOS CATASTRÓFICOS DE ORIGEN NATURAL, EVENTOS TERRORISTAS Y LOS DEMÁS EVENTOS APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SU CALIDAD DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL FOSYGA

Artículo 6°. Servicios de salud y prestaciones económicas. De acuerdo con lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 112 del Decreto-ley 019 de 2012, las víctimas de que trata este decreto, tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente decreto, las coberturas y valores por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos aquí regulados, se entenderán fijadas para cada víctima y se aplicarán independientemente al número de víctimas resultantes de un mismo accidente de tránsito, evento terrorista, evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado.

CAPÍTULO I

De los servicios de salud

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Artículo 7°. Servicios de salud efectos del presente decreto, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía.

Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente decreto comprenden:

- 1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.**
- 2. Atenciones ambulatorias intramurales.**
- 3. Atenciones con internación.**
- 4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.**
- 5. Suministro de medicamentos.**
- 6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.**
- 7. Traslado asistencial de pacientes.**
- 8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.**
- 9. Rehabilitación física.**
- 10. Rehabilitación mental.**

El traslado asistencial de pacientes entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud, se pagará con cargo a los recursos del SOAT o de la Subcuenta ECAT del Fosyga, al valor establecido por el Gobierno nacional. Hasta tanto se expida la reglamentación correspondiente, se pagará a la tarifa institucional del Prestador de Servicios de Salud.

Parágrafo 1°. El prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a través de la respectiva entidad territorial en donde se encuentra habilitado y presta los servicios.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Parágrafo 2°. Todo servicio de salud deberá ser atendido por prestadores de servicios de salud habilitados por la autoridad competente, en el lugar en que se preste el servicio y sólo podrá prestarse en la jurisdicción en la que se encuentre habilitado por el ente territorial competente.

Parágrafo 3°. Cuando la institución prestadora de servicios de salud no cuente con el grado de complejidad del servicio requerido por la víctima, deberá remitirla a través de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana y habilitada para prestar el servicio requerido.

Artículo 9°. Cobertura. Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

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

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga.

2. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando los servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado no se encuentre identificado o no esté asegurado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

3. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento terrorista, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope.

4. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento catastrófico de origen natural o de otros eventos declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope.

Parágrafo 1º. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Parágrafo 2º. Cuando se trate de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes, dicha población tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para el efecto. En estos casos, el prestador de servicios de salud, informará de tal situación a la Dirección Distrital o Departamental de Salud que le haya habilitado sus servicios para que proceda a adelantar los trámites de afiliación, de conformidad con las reglas establecidas en la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007 y el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 3º. Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según quien asuma la cobertura, conforme a lo previsto en el presente decreto.

Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al mencionado plan voluntario, complementario o adicional de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o cubiertos por el plan voluntario, complementario o adicional de salud, serán asumidos con cargo al Plan Obligatorio de Salud.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

En cualquier caso, las empresas que ofrecen planes voluntarios, complementarios o adicionales de salud, no podrán limitar la cobertura a sus usuarios respecto de los servicios médicos que estos requieran por el sólo hecho de tener origen en accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos de origen natural o los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Artículo 10. Tarifas. A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto [887](#) de 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces.

Cuando un prestador de servicios de salud suministre una tecnología en salud que no tenga asignada una tarifa en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto [887](#) de 2001, o en la regulación que expida la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o quien asuma sus competencias, el valor a reconocer será el de la tarifa que tenga definida la Institución Prestadora de Servicios de Salud, previa la comprobación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el mencionado decreto bajo otra denominación.

Parágrafo. El Gobierno nacional, dentro de los dos (2) años siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto actualizará y ajustará el manual tarifario adoptado mediante el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto [887](#) de 2001 y realizará de manera periódica, mínimo cada cinco (5) años, la revisión y ajustes correspondientes.

Circular externa 025 de 2024

PARA: COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA EXPEDIR EL SOAT; ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO; PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS Y EMPRESAS DE TRASLADO DE PACIENTES

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

ASUNTO: TARIFAS DEL MANUAL DE RÉGIMEN TARIFARIO SOAT QUE REGIRÁN DURANTE LA VIGENCIA 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social está facultado por el artículo 2.6.1.4.2.4. del Decreto 780 de 2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social- para actualizar las tarifas contenidas en el Anexo Técnico 1 del mismo, la cual se hará en la expresión Unidad de Valor Básico -UVB-

En ejercicio de tales facultades, por medio de la presente Circular Externa da a conocer las tarifas para la vigencia 2025, que **son aplicables de manera obligatoria en los casos originados por accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás. eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; también, en la atención de urgencias de otra naturaleza si no hay acuerdo entre las partes.**

(...)” subrayado fuera del texto.

Radicación electrónica a través de la página web ante la ADRES.

Está definido en el artículo 14 Resolución 12758 de 2023,

- Elaboración de los medios digitales
- Cargue de Información electrónica
- Cargue de imágenes
- Generación del Certificado de Radicación

Elaboración de los medios (formularios)

Previamente, crear archivos tipo texto, FURIPS1 y FURIPS2 o un FURTRAN que deben cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- Los datos de la reclamación deben ser grabados en el archivo plano como alfanuméricos, con extensión .TXT
- El separador de campos debe ser coma (,) y ser usado exclusivamente para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por comas (, ,).
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni cualquier otro carácter especial (. * / - + etc).

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Los campos tipo fecha deben tener el formato día/mes/año/ (DD/MM/AAAA) incluido el carácter slash (/).
- Los campos números deben venir sin separación de miles, y no deben traer decimales
- No debe traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de registro.
- Las longitudes definidas en los cuadros señalados en el anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo de los campos, estos no deben ser complementados a su tamaño máximo con ceros o espacios.
- Los campos texto donde se solicita una descripción del evento no deben incluir la coma (,).
- Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación (ceros o espacios), especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres.

se crea una carpeta con el nombre del formulario FURIPS o FURTRAN, el cual contendrá los archivos planos descritos en la circular 00022 de 2023:
<https://www.adres.gov.co/normativa/circulares>

Nombramiento de los archivos

Como nombrar el archivo FURIPS 1

- Se encuentra compuesto por 102 campos.
- Contiene los datos correspondientes al formulario FURIPS

Nombre del archivo

- **FURIPS1**: Obligatorio, indica que el archivo correspondiente a FURIPS.
- **CODIGOHABILITACION**: Obligatorio, código de la IPS, de acuerdo con la codificación asignada de habilitación por la Dirección Departamental de Salud DDS.
- **DDMMAAAA**: Indica la fecha de generación del archivo.

FURIPS1CODIGOHABILITACIONDDMMAAAA

Como nombrar el archivo FURIPS 2

- Se encuentra compuesto por 9 campos.
- Contiene la información correspondiente a la factura y los servicios prestados

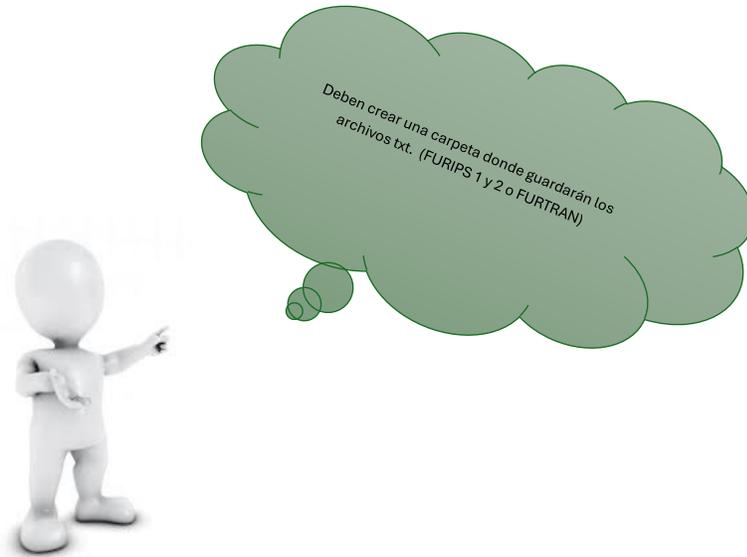
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Nombre del archivo

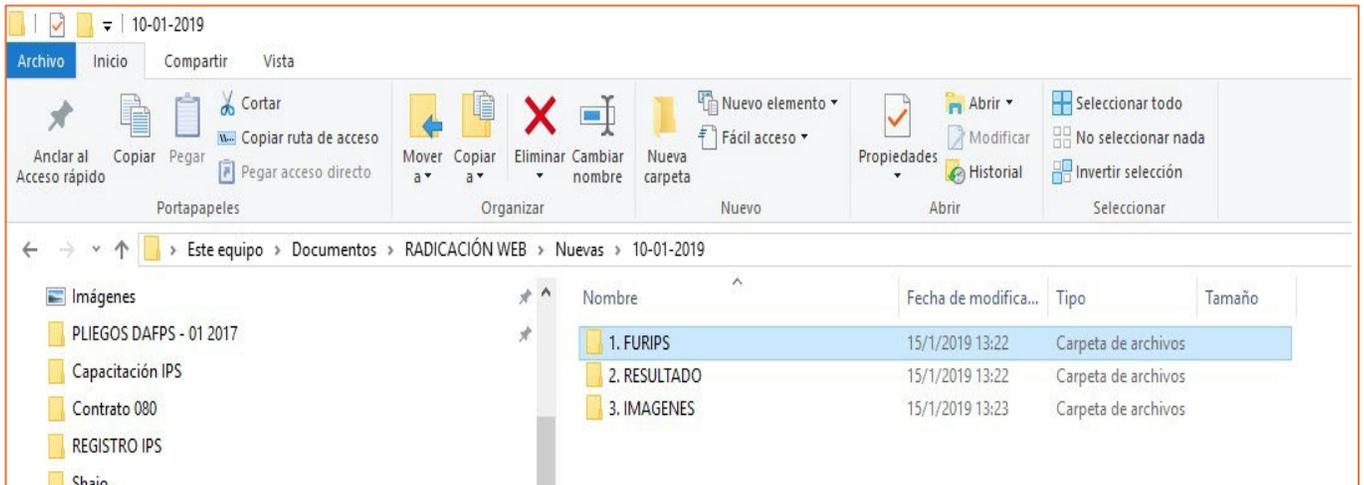
- **FURIPS2:** Obligatorio, indica que el archivo correspondiente a FURIPS.
- **CODIGOHABILITACION:** Obligatorio, código de la IPS, de acuerdo con la codificación asignada de habilitación por la Dirección Departamental de Salud DDS.
- **DDMMAAAA:** Indica la fecha de generación del archivo.

FURIPS2CODIGOHABILITACIONDDMMAAAA

Proceso de validación de los archivos

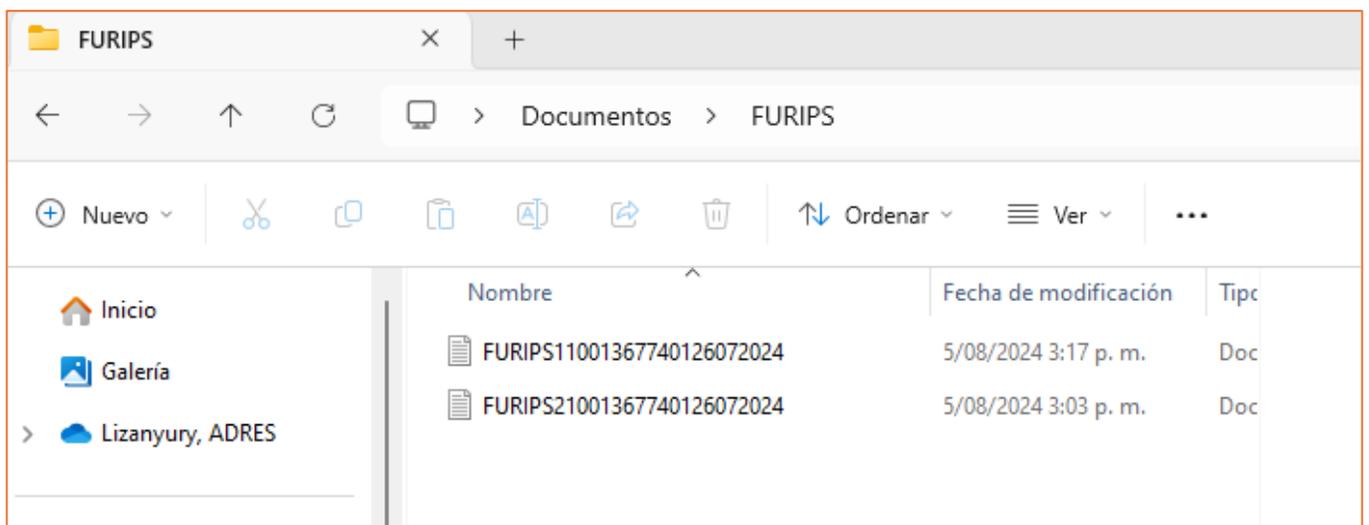


Creación de la carpeta para FURIPS Y/O FURTRAN



Fuente: Diseño del autor

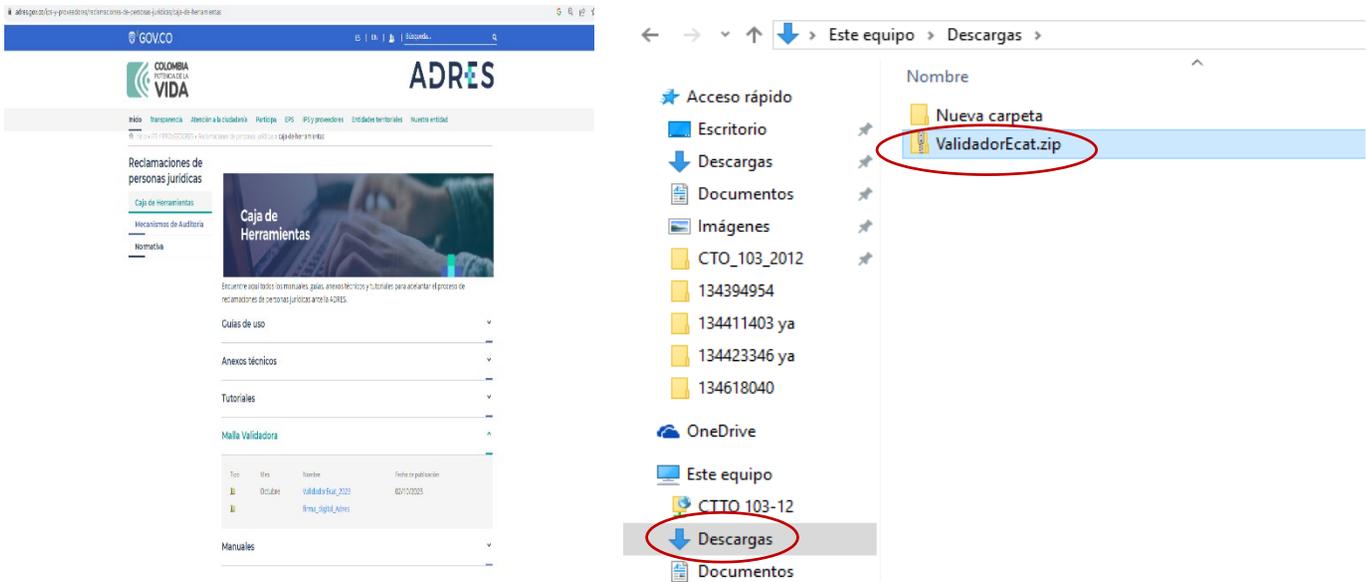
Contenido de la de la carpeta para FURIPS Y/O FURTRAN



Fuente: Diseño del autor

Paso1: Descargue la malla validadora desde la página de la ADRES:
<https://www.adres.gov.co/ips-y-proveedores/reclamaciones-de-personas-juridicas/caja-de-herramientas>

Imagen proceso de descargue la malla validadora desde la página de la ADRES

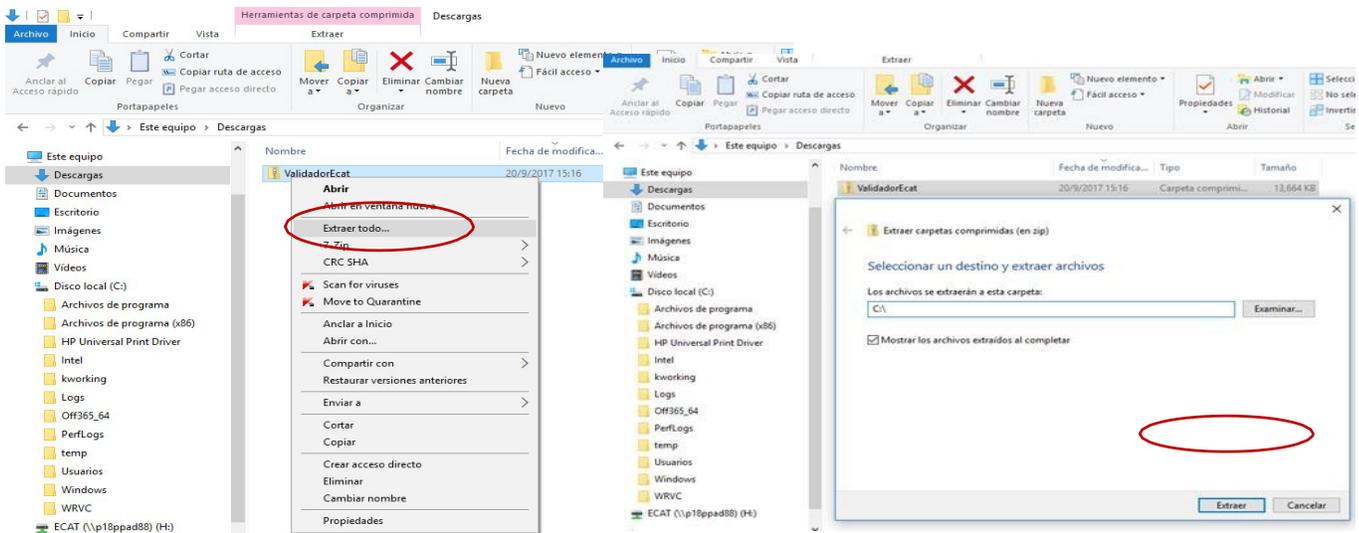


Fuente: Diseño del autor

Nota: los siguientes pasos de adelantan para las todas líneas de radicación: Nuevas, Respuesta a Glosa y Rango diferencial

Paso 2: Luego extraer la información en la ruta de su preferencia

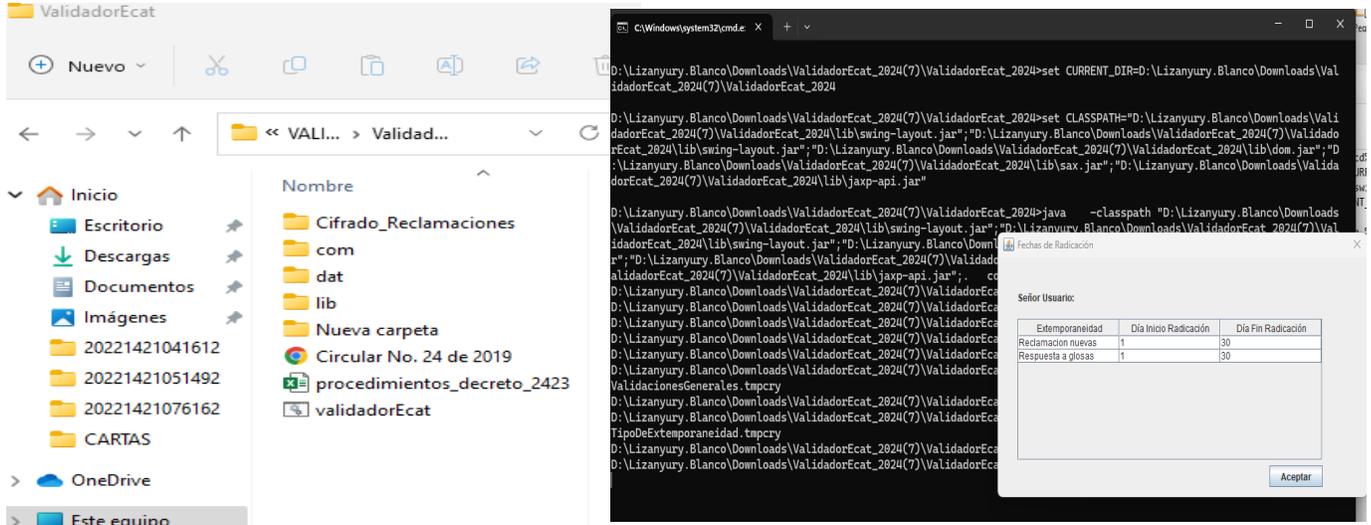
Imagen extraer la información en la ruta de su preferencia



Fuente: Diseño del autor

Paso 3: Luego extraer la información en la ruta de su preferencia.

Imagen extraer la información en la ruta de su preferencia

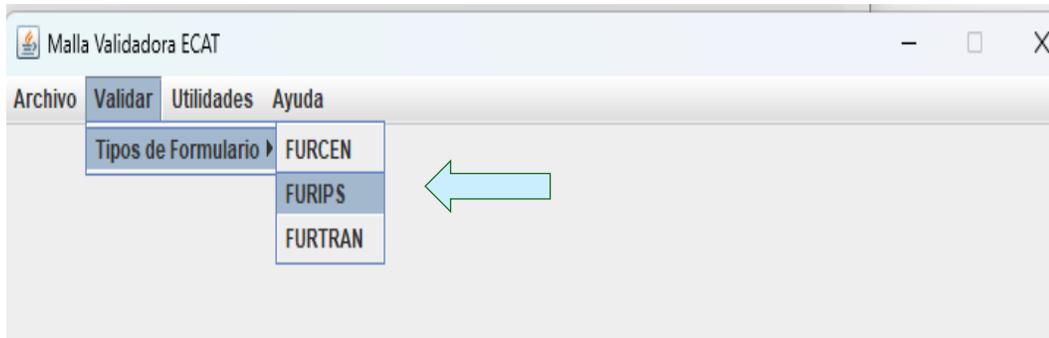


Fuente: Diseño del autor

Proceso de validación

Paso1: Hacer clic en el Botón "Validar", luego seleccionar el tipo de formulario

Imagen Hacer clic en el Botón "Validar"

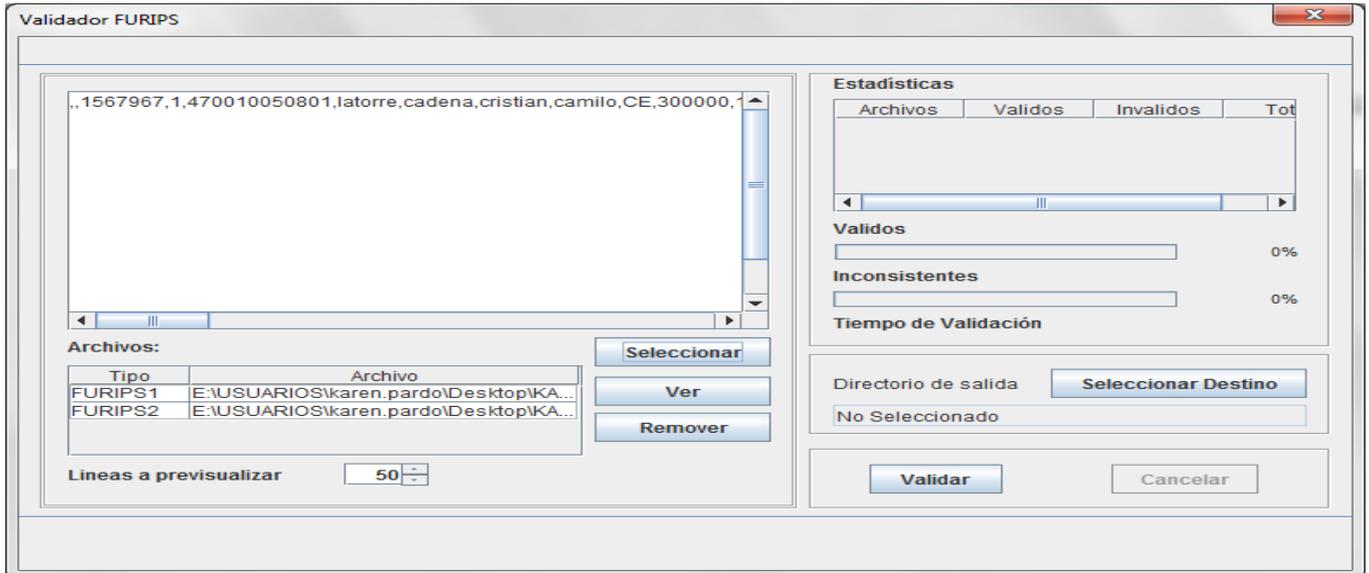


Fuente: Diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Paso 2: Seleccionar los archivos que se van a validar (FURIPS 1 y 2 o FURTRAN), desde la ruta que estén guardados.

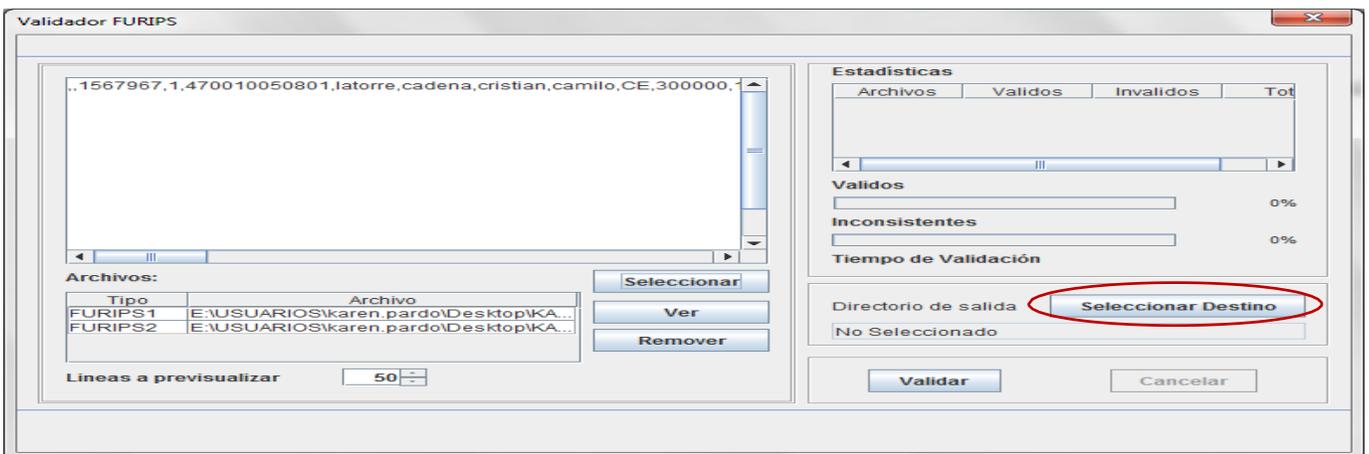
imagen Seleccionar los archivos que se van a validar (FURIPS 1 y 2 o FURTRAN), desde la ruta que estén guardados



Fuente: Diseño del autor

Paso 3: Deben crear una carpeta en la cual la malla dispondrá el resultado de la validación. Luego hacen clic en el botón de "Seleccionar Destino"

Imagen "Seleccionar Destino"

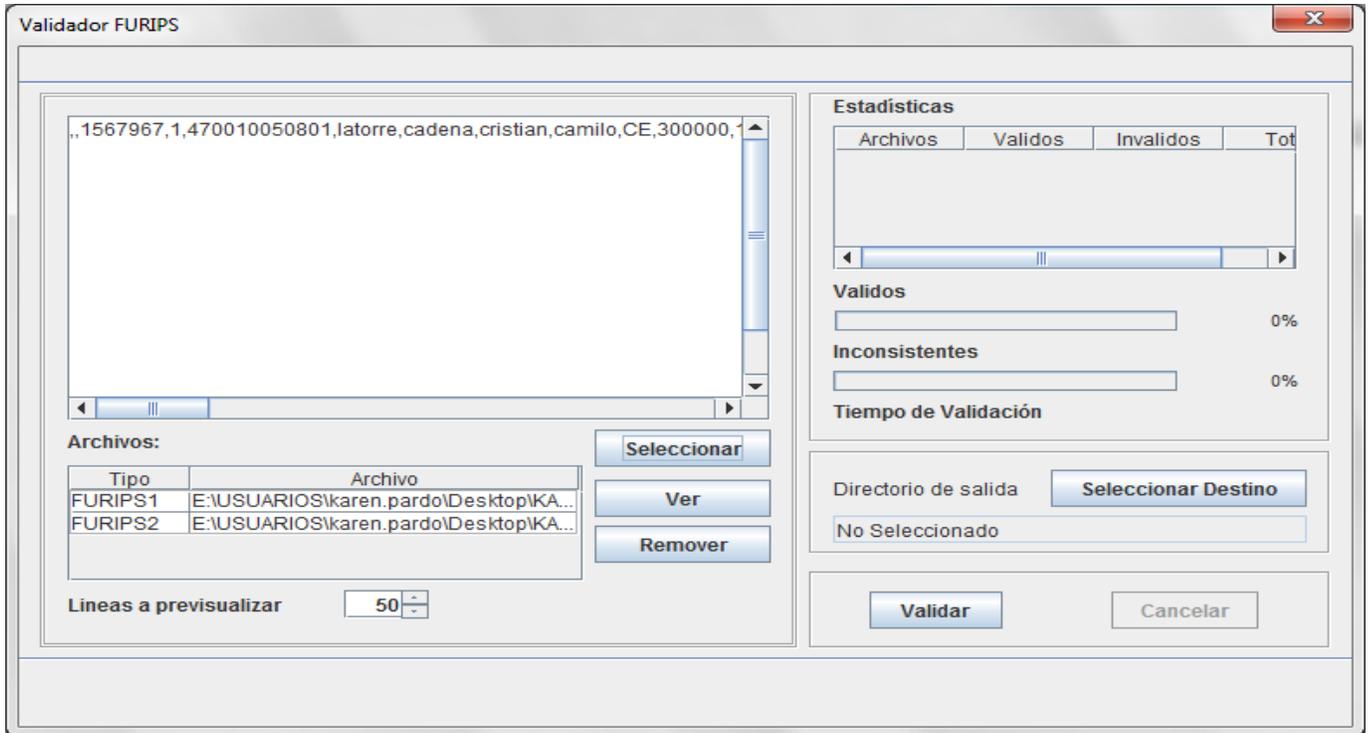


Fuente: Diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Paso 4: Luego seleccionan el botón de "Validar"

Imagen botón de "Validar"



Fuente: Diseño del autor

Paso 5: Si los archivos no tienen errores, la malla dispondrá en la ruta del destino el archivo. PAK

Imagen archivo. PAK

Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
 FURIPS08433021580106102018N.pak	11/10/2018 12:31 ...	Archivo PAK	30 KB
Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
 FURIPS63130004030122082018G.pak	22/08/2018 6:15 p.	Archivo PAK	28 KB

Fuente: Diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Cuando el archivo tiene errores genera un aviso y el usuario puede ingresar a la carpeta resultado y abrir el archivo. EST

Proceso de firma digital de los archivos

Cuando tengan el archivo. PAK deben adelantar el proceso de firma a través del complemento dispuesto en la página de ADRES

Recuerde que la ruta del complemento lo puede encontrar en el siguiente link:
<https://www.adres.gov.co/ips-y-proveedores/reclamaciones-de-personas-juridicas/caja-de-herramientas>

Una vez este firmado el archivo debe quedar con extensión. PAK. CMS.

Radicación electrónica respuesta a glosa

Para la elaboración de los Formularios (Respuesta a glosa)

Reclamaciones con estado Aprobado Parcial

- **FURIPS 2** – Únicamente se relacionan los ítems que pretenden subsanar u objetar
 - Se eliminan los ítems aprobados
 - Cuando el Ítem es aprobado parcialmente únicamente se relacionan las cantidades y valores pendientes
- **FURIPS 1** – Se deben actualizar los valores facturados y aprobados de acuerdo con la sumatoria de los valores facturados y aprobados del FURIPS 2

Reclamación con estado No Aprobado

- Se relacionan todos los ítems inicialmente reclamados

Ejemplo para el diligenciamiento del FURIPS2

Cuando corresponde a una reclamación con estado de auditoria Aprobado Parcial

Primer Ingreso

FURIPS 2			Campo 8	Campo 9	Cantidad	Valor U.	Valor total	FURIPS 1			
Tipo E.	Cantidad	Vr. Unita	Vr. Facturado	Vr. Reclamado	Glosada	Aprobado	Glosado	Campo 97	Campo 98	Campo 99	Campo 100
1	20	200	4000	4000	10		2000	Total facturado x GM	Total reclamado X GM	Total facturado X TP	Total reclamado X TP
2	2	1000	2000	2000	1		1000	17100	17100	510	510
2	1	100	100	100	25%		25				
3	1	510	510	510							
4	1	2000	2000	2000	1		2000				
5	3	3000	9000	9000	2		6000				
Total Columnas			17610	17610			11025				


Ítem Aprobado

Fuente: diseño del autor

Respuesta a Glosa ADRES por atención de víctimas de accidentes de tránsito

Se eliminan los ítems aprobados y pagados, así como los aceptados:

FURIPS 2			Campo 8	Campo 9
Tipo E.	Cantidad	Vr. Unita	Vr. Facturado	Vr. Reclamado
1	5	200	1000	1000
2	1	100	100	25
4	1	2000	2000	1800
5	2	3000	6000	6000
Total Columnas			9100	8825

- De los 10 glosados, se aceptan 5 y se subsanan 5
- Se aporta lectura del radiólogo y se subsana el 25% glosado
- Se subsana, pero se ajusta mayor valor cobrado

FURIPS 2 de RG →

FURIPS 1			
Campo 97	Campo 98	Campo 99	Campo 100
Total facturado x GM	Total reclamado X GM	Total facturado X TP	Total reclamado X TP
9100	8825	0	0

Fuente: diseño del autor

Parámetros requeridos para la presentación de reclamaciones

Para garantizar la adecuada presentación de los archivos de soporte de las reclamaciones descritos en los artículos 2.6.1.4.2.20 o 2.6.1.4.3.3 del Decreto 780 de 2016 y en el anexo técnico 1 en la Circular 016 de 2024, las IPS deberán tener en cuenta las siguientes especificaciones técnicas:



Factura y el formato XML

Fuente: diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		



Epicrisis o soporte de la atención medica

Fuente: diseño del autor



Factura de Material Osteosíntesis y el formato XML

Fuente: diseño del autor

Para la presentación de reclamaciones por rangos diferenciales por riesgo del SOAT descrito en el artículo 4 de la Resolución 326 de 2023 modificado por la Resolución 225 de 2024, las IPS deberán aportar el certificado de reconocimiento de póliza de SOAT.

Documentos requeridos para la presentación de reclamaciones-FURIPS

Para la presentación de FURIPS, los soportes de las reclamaciones se deben clasificar y digitalizar en tres grupos, así y tener en cuenta los parámetros del anexo técnico 1 de la circular 016 de 2024:

1. **Factura o documento equivalente de la IPS que presto el servicio.**
2. **Formato de factura de venta XML**

3 epicrisis o resumen clínico de atención: Corresponde al conjunto de documentos que soportan la atención, Ejemplo:

- 3.1 La hoja de traslado.
- 3.2 La hoja de evolución.
- 3.3 La hoja de referencia y contra referencia.
- 3.4 La hoja de administración de medicamentos.
- 3.5 La hoja de atención de urgencias.
- 3.6 La historia clínica.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

3.7 El registro de anestesia.

3.8 La fórmula médica.

3. Factura de material de osteosíntesis: si durante la atención medica se requiere material de osteosíntesis se deberá aportar la factura del proveedor.

4 formato **de factura de venta XML**

Cada uno de los documentos se deben digitalizar de manera independiente en archivo tipo PDF, los cuales deben ser nombrados de acuerdo con la siguiente estructura:

FURIPS

Documento	Descripción documento	Código habilitación (12 DIGITOS)	No Factura	tipo documento	Nombre del archivo	Observación
Factura	Soportes descritos en el numeral 1.1	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	FACTURA	XXXXXXXXXXXX_XXXXX_FACTURA.PDF	Obligatorio
Factura formato XML	Soportes descritos en el numeral 1.2	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	FACTURAXML	XXXXXXXXXXXX_XXXXX_FACTURA.XML	Obligatorio
Epicrisis o Resumen de la atención	Soportes descritos en el numeral 1.3	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	EPICRIS	XXXXXXXXXXXX_XXXXX_EPICRIS.PDF	Obligatorio
Factura material de osteosíntesis	Soportes descritos en el numeral 1.4	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	FACOSTE	XXXXXXXXXXXX_XXXXX_FACOSTE.PDF	Obligatorio si se factura MAOS
Factura MAOS formato XML	Soportes descritos en el numeral 1.5	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	FACOSTEXML	XXXXXXXXXXXX_XXXXX_FACOSTE.XML	Obligatorio si se factura MAOS

Fuente: diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Así se deben quedar nombrado los archivos:

FURIPS

Ejemplo:

Factura:

Nombre	Tipo
 089990025012_172655_FACTURA.PDF	Adobe Acrobat Document

XML Factura:

 089990026012_172655_FACTURA.XML

Epicrisis o Resumen de la atención:

Nombre	Tipo
 089990025012_172655_EPICRIS.PDF	Adobe Acrobat Document

Factura material de osteosíntesis:

Nombre	Tipo
 089990025012_172655_FACOSTE.PDF	Adobe Acrobat Document

XML Factura de material de osteosíntesis:

 089990026012_172655_FACOSTE.XML

Fuente: diseño del autor

Para la presentación de FURTRAN, los soportes de las reclamaciones se deben clasificar y digitalizar en dos grupos, así:

1. **Factura o documento equivalente** de la empresa de transporte que presto el servicio.
2. **Factura en formato XML**
3. **Hoja de traslado:** Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia.

Cada uno de los documentos se debe digitalizar de manera independiente, en archivo tipo PDF, los cuales deben ser nombrados de acuerdo con la siguiente estructura:

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	 Hospital San Juan Bosco <small>Empresa Social del Estado</small>
Versión: 01		

Documento	Descripción documento	Código habilitación (12 DIGITOS)	No Factura	tipo documento	Nombre del archivo	Observación
Factura	Soportes descritos en el numeral 1.1	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	FACTURA	XXXXXXXXXXXXX_XXXXX_FACTURA.PDF	Obligatorio
Factura en formato XML	Soportes descritos en el numeral 1.1	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	FACTURAXML	XXXXXXXXXXXXX_XXXXX_FACTURAXML	Obligatorio
Hoja de traslado	Soportes descritos en el numeral 1.2	XXXXXXXXXXXX	XXXXX	TRANSLA	XXXXXXXXXXXXX_XXXXX_TRANSLA.PDF	Obligatorio

Fuente: diseño del autor

Así se deben quedar nombrados los archivos

FURTRAN

Ejemplo:

Factura:

Nombre	Tipo
 089990025012_172655_FACTURA.PDF	Adobe Acrobat Document

XML Factura:

 089990026012_172655_FACTURA.XML

Hoja de traslado:

Nombre	Tipo
 089990025012_172655_TRANSLA.PDF	Adobe Acrobat Document

Fuente: diseño del autor

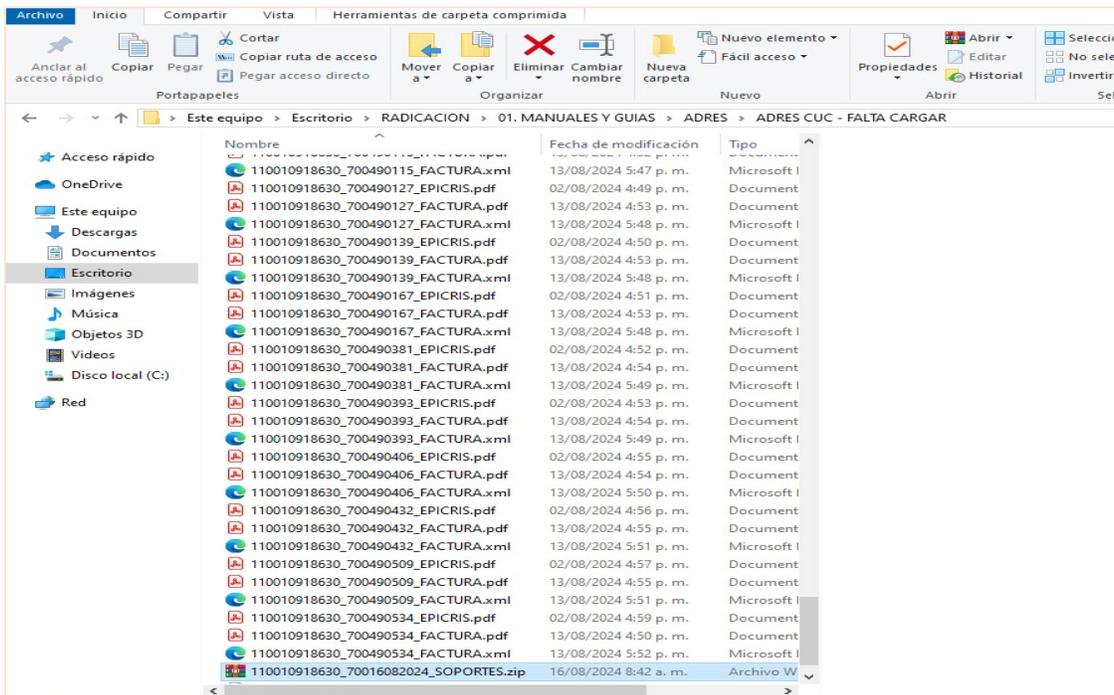
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Parámetros para la delimitación de los soportes de las reclamaciones

- **Escala:** Los documentos deben estar digitalizados en la escala más básica de blanco y negro para texto.
- **Resolución de la imagen:** Digitalización con una resolución de 200 dpi en escala básica de blanco y negro.
- **Tipo Archivo:** El formato del archivo para digitalización debe ser PDF.

Compresión de archivo con imágenes

Con la totalidad de las imágenes asociadas a las facturas presentadas en el FURIPS o FURTRAN, se debe generar Archivo .ZIP, se deben seleccionar todas las imágenes y comprimir como se muestra en la siguiente imagen:



Fuente: diseño del autor



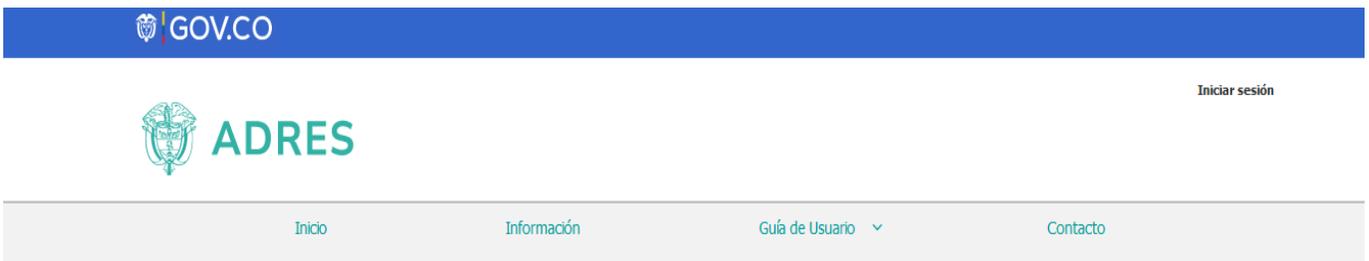
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Indicia el proceso de radicación electrónica

Paso 1: Ingresar a la página de la ADRES: <https://www.adres.gov.co/>

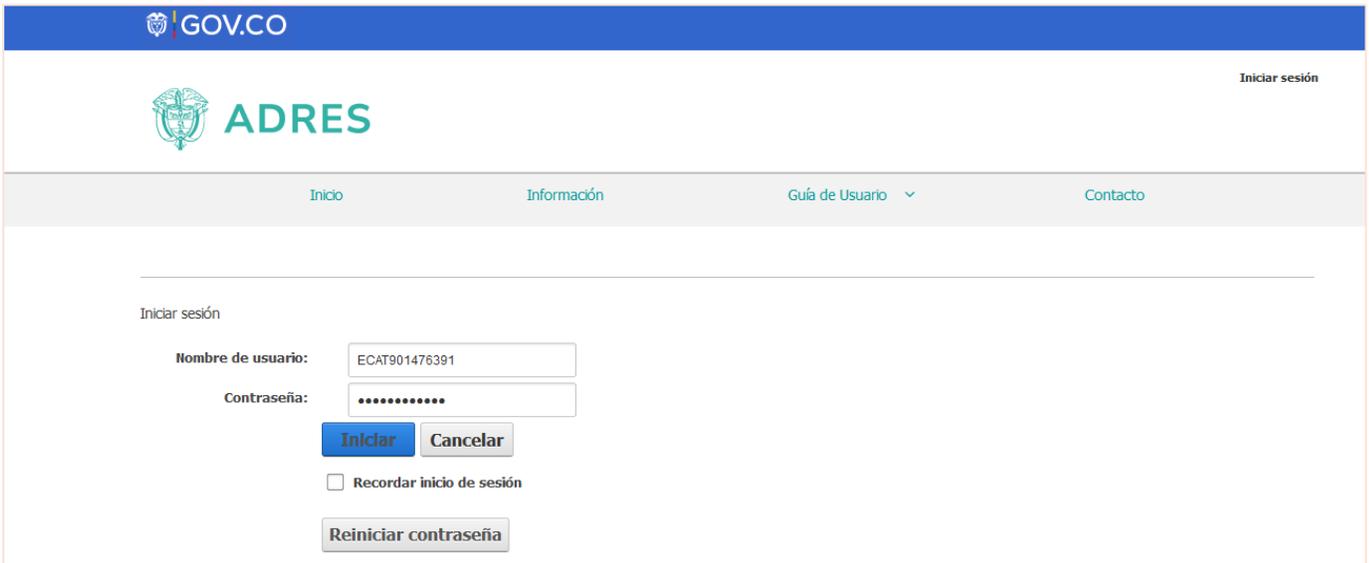


Paso 2: En la parte superior derecha de la pantalla hace clic en el botón de "Iniciar Sesión"



Fuente: diseño del autor

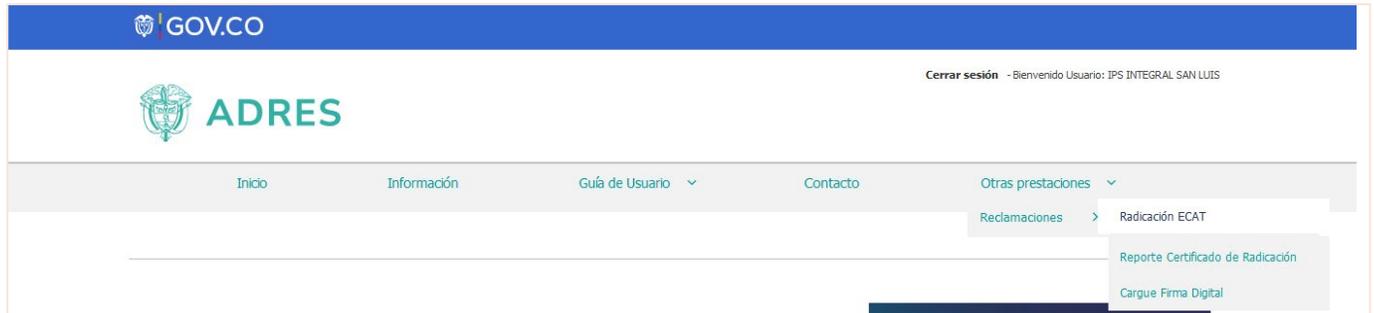
Paso 3: Luego ingresan con el usuario de radicación electrónica entregado en el registro de IPS



Fuente: diseño del autor

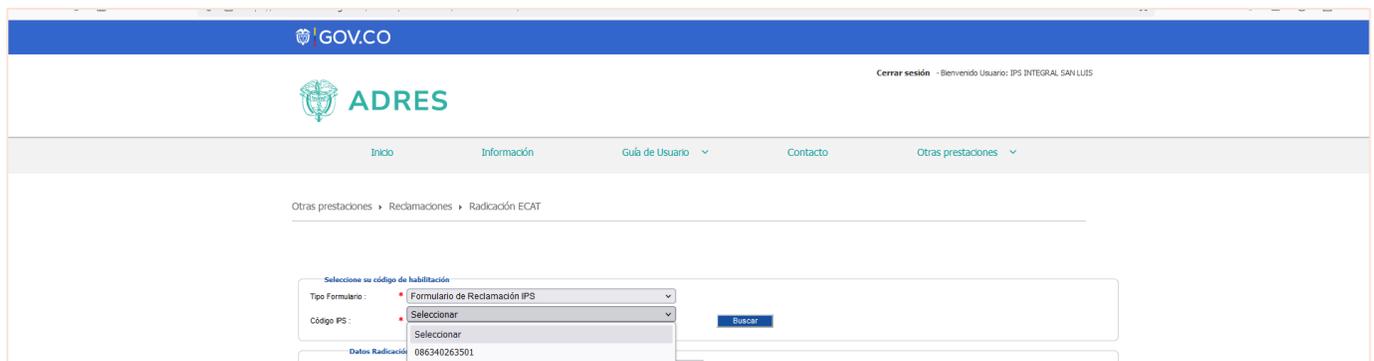
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Paso 4: Se dirigen a la ruta de "Otras prestaciones-Reclamaciones- Radicación ECAT"



Fuente: diseño del autor

Paso 5: Luego seleccionan el código de habilitación



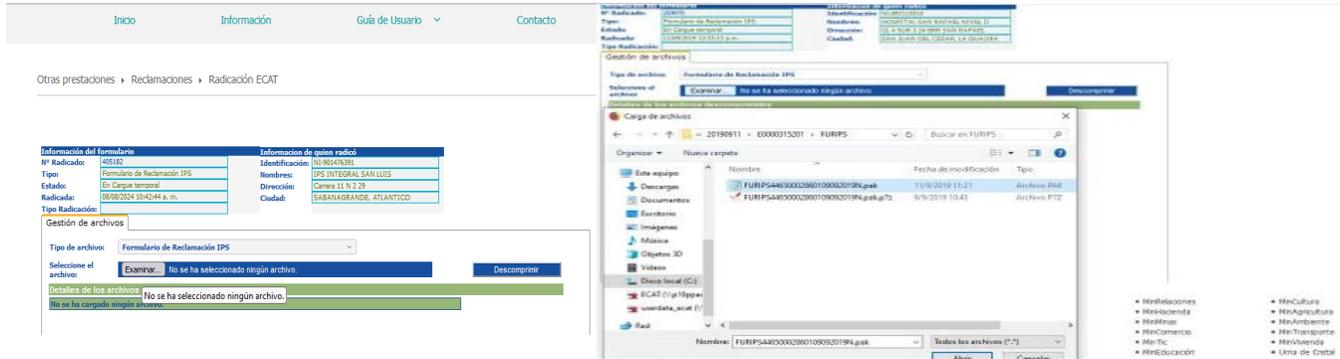
Fuente: diseño del autor

Paso 6: Seleccionan el botón de "Radiciar"



Fuente: diseño del autor

Paso 7: Seleccionan el botón de "Examinar" y buscan la ruta donde tienen guardado el archivo. PAK. CMS.



Fuente: diseño del autor

Paso 8: Seleccionan el botón de descomprimir

Otras prestaciones > Reclamaciones > Radicación ECAT



Otras prestaciones > Reclamaciones > Radicación ECAT



Fuente: diseño del autor

Paso 9: Luego seleccionan el botón "Subir datos"

Otras prestaciones > Reclamaciones > Radicación ECAT

Información del formulario		Información de quien radicó	
N° Radicado:	259970	Identificación:	NI-892115010
Tipo:	Formulario de Reclamación IPS	Nombres:	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II
Estado:	En Cargue temporal	Dirección:	CL 4 SUR 3 24 BRR SAN RAFAEL
Radica da:	11/09/2019 12:33:13 p.m.	Ciudad:	SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA
Tipo Radicación:			

Gestión de archivos		
Tipo de archivo:	Formulario de Reclamación IPS	
Seleccione el archivo:	Examinar... No se ha seleccionado ningún archivo.	
	✓	Descomprimir
Detalles de los archivos descomprimidos		
Archivos	Registros	Acción
FURIPS144650002860109092019.val	14	Ver
FURIPS244650002860109092019.val	212	Ver

Subir datos

Fuente: diseño del autor

Paso 10: Seleccionan el botón "Validar"

Información del formulario		Información de quien radicó	
N° Radicado:	259970	Identificación:	NI-892115010
Tipo:	Formulario de Reclamación IPS	Nombres:	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II
Estado:	En Cargue temporal	Dirección:	CL 4 SUR 3 24 BRR SAN RAFAEL
Radica da:	11/09/2019 12:33:13 p.m.	Ciudad:	SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA
Tipo Radicación:	Reclamación Normal		

Gestión de archivos		
Tipo de archivo:	Formulario de Reclamación IPS	
Seleccione el archivo:	Examinar... No se ha seleccionado ningún archivo.	
	✓	Descomprimir
Detalles de los archivos descomprimidos		
Archivos	Registros	Acción
FURIPS144650002860109092019.val	14	Ver
FURIPS244650002860109092019.val	212	Ver

✓ Subir datos
✓ Validar

Verificar físicos

Resumen de validación	
Número de factura	Mensaje de validación
FV2584291	Factura puede continuar trámite para radicación
FV2586537	Factura puede continuar trámite para radicación
FV2588911	Factura puede continuar trámite para radicación
FV2592494	Factura puede continuar trámite para radicación
FV2593631	Factura puede continuar trámite para radicación

Exportar resumen

Fuente: diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	 Hospital San Juan Bosco Empresa Social del Estado
Versión: 01		

Paso 11: Ahora seleccionan el botón de "Verificar físicos"

Información del formulario		Información de quien radicó	
N° Radicado:	259970	Identificación:	NI-892115010
Tipo:	Formulario de Reclamación IPS	Nombres:	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II
Estado:	En Cargue temporal	Dirección:	CL 4 SUR 3 24 BRR SAN RAFAEL
Radicada:	11/09/2019 12:33:13 p.m.	Ciudad:	SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA
Tipo Radicación:	Reclamacion Normal		

Gestión de archivos		
Tipo de archivo:	Formulario de Reclamación IPS	
Seleccione el archivo:	Examinar... No se ha seleccionado ningún archivo.	
<input checked="" type="checkbox"/> Descomprimir		
Detalles de los archivos descomprimidos		
Archivos	Registros	Acción
FURIPS144650002860109092019.val	14	Ver
FURIPS244650002860109092019.val	212	Ver
<input checked="" type="checkbox"/> Subir datos <input checked="" type="checkbox"/> Validar <input type="button" value="Verificar físicos"/>		
Resumen de validación		
Número de factura	Mensaje de validación	
FV2584291	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2588537	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2588911	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2592494	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2593631	Factura puede continuar trámite para radicación	
<input type="button" value="Exportar resumen"/>		

Fuente: diseño del autor

Segunda etapa de radicación electrónica

Ya se cargó la información, ahora se continua con el cargue de imágenes...

Paso 12: Luego se verificar los físicos (soportes)

Información del formulario		Información de quien radicó	
N° Radicado:	259970	Identificación:	NI-892115010
Tipo:	Formulario de Reclamación IPS	Nombres:	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II
Estado:	En Cargue temporal	Dirección:	CL 4 SUR 3 24 BRR SAN RAFAEL
Radicada:	11/09/2019 12:33:13 p.m.	Ciudad:	SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA
Tipo Radicación:	Reclamacion Normal		

Gestión de archivos		
Tipo de archivo:	Formulario de Reclamación IPS	
Seleccione el archivo:	Examinar... No se ha seleccionado ningún archivo.	
<input checked="" type="checkbox"/> Descomprimir		
Detalles de los archivos descomprimidos		
Archivos	Registros	Acción
FURIPS144650002860109092019.val	14	Ver
FURIPS244650002860109092019.val	212	Ver
<input checked="" type="checkbox"/> Subir datos <input checked="" type="checkbox"/> Validar <input type="button" value="Verificar físicos"/>		
Resumen de validación		
Número de factura	Mensaje de validación	
FV2584291	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2588537	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2588911	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2592494	Factura puede continuar trámite para radicación	
FV2593631	Factura puede continuar trámite para radicación	
<input type="button" value="Exportar resumen"/>		

Fuente: diseño del autor

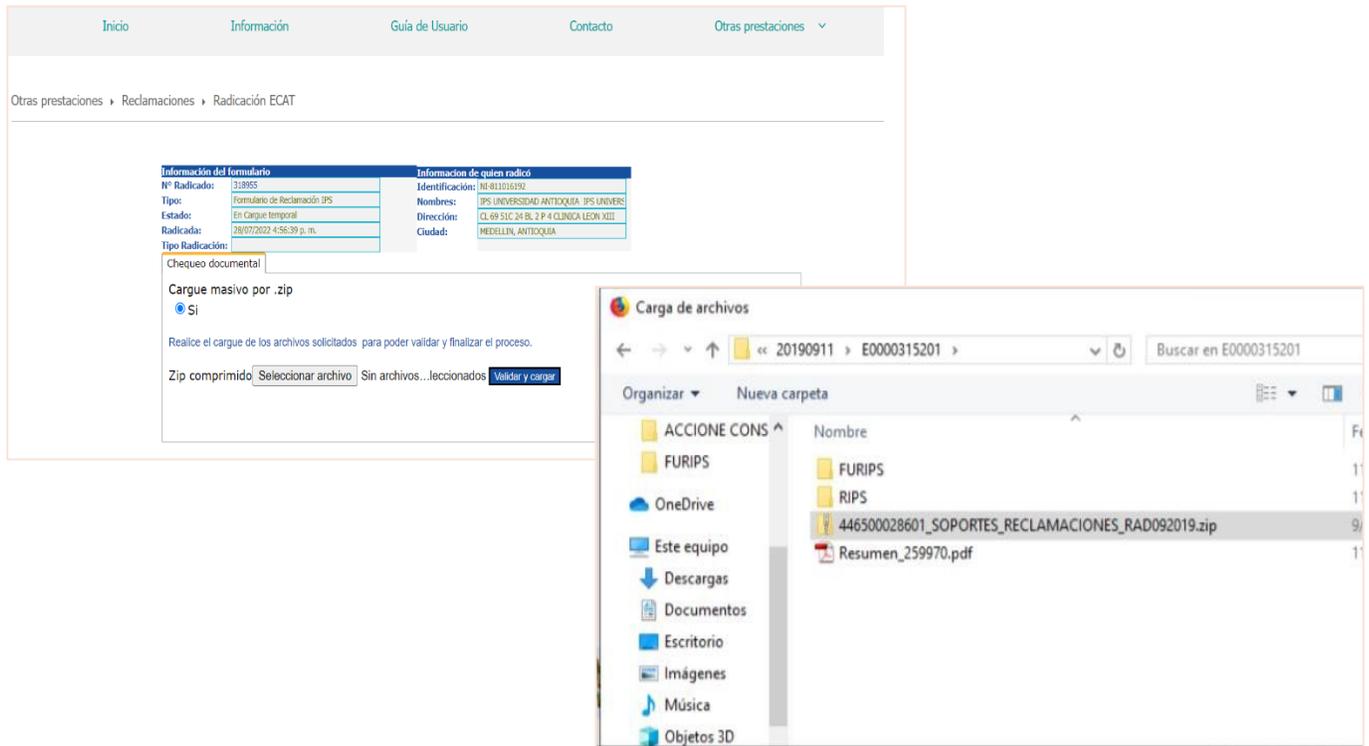
Paso 13: Seleccionan el botón de "Cargue masivo por ZIP" "SI"



Información del formulario		Información de quien radico	
N° Radicado:	318955	Identificación:	NI-811016192
Tipo:	Formulario de Reclamación IPS	Nombres:	IPS UNIVERSIDAD ANTIOQUIA IPS UNIVER
Estado:	En Cargue temporal	Dirección:	CL 69 51C 24 BL 2 P 4 CLINICA LEON XIII
Radica da:	28/07/2022 4:56:39 p. m.	Ciudad:	MEDELLIN, ANTIOQUIA
Tipo Radicación:	Chequeo documental		
Cargue masivo por .zip			
<input checked="" type="radio"/> Si			
Realice el cargue de los archivos solicitados para poder validar y finalizar el proceso.			
Zip comprimido <input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Sin archivos...leccionados <input type="button" value="Validar y cargar"/>			

Fuente: diseño del autor

Paso 14: Seleccionan el botón "Examinar" y buscan la carpeta comprimida que contiene las imágenes de las reclamaciones



Fuente: diseño del autor

Paso 15: Seleccionan el botón "Validar y cargar"

Información del formulario		Información de quien radicó	
N° Radicado:	259970	Identificación:	NI-892115010
Tipo:	Formulario de Reclamación IPS	Nombres:	HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II
Estado:	En Cargue temporal	Dirección:	CL 4 SUR 3 24 BRR SAN RAFAEL
Radicada:	11/09/2019 12:33:13 p.m.	Ciudad:	SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA
Tipo Radicación:			

Chequeo documental

Cargue masivo por .zip

Si
 No

Realice el cargue de cada uno de los archivos solicitados POR FACTURA para poder validar y finalizar el proceso

Zip comprimido: [Examinar...](#) 446500028601_SOPORTES_RECLAMACIONES_RAD092019.zip [Validar y cargar](#)

Fuente: diseño del autor

Paso 16: Si las imágenes estén correctas, observaran un aviso para continuar seleccionan el botón "Enviar documentos"

Zip comprimido [Seleccionar archivo](#) Ningún archivo seleccionado [Validar y cargar](#)

Item

Documentos obligatorios requeridos completos

Número de Factura	EPICRIS	FACTURA	FACTURAXML
1871011	OK	OK	OK
1871020	OK	OK	OK
1873369	OK	OK	OK
1874419	OK	OK	OK
1874822	OK	OK	OK
1875041	OK	OK	OK
1875588	OK	OK	OK
1875594	OK	OK	OK
1875723	OK	OK	OK
1875814	OK	OK	OK
1876546	OK	OK	OK
1876562	OK	OK	OK
1878382	OK	OK	OK
1879103	OK	OK	OK
1879315	OK	OK	OK
1879461	OK	OK	OK
1881003	OK	OK	OK

[Enviar documentos](#)

[Exportar Resultados Detallado](#) [Exportar Resultados Consolidado](#)

Fuente: diseño del autor

Nota: Si falta alguna imagen, el reporte indicará la factura y el tipo de documento pendiente, y no podrá continuar el proceso.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Paso 17: Una vez terminado el proceso de imágenes, el sistema generara la constancia de "Preradicación del consolidado"




REPÚBLICA DE COLOMBIA

ADRES

CONSTANCIA PRE RADICACIÓN CONSOLIDADO NÚMERO 258970

Fecha de consolidado:

Número de consolidado:

I. DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre:
Departamento:
Municipio:
Dirección:

Identificación:
Código Departamento:
Código Municipio:
Teléfono:

II. FACTURAS CARGADAS

Número de facturas:

Validas:

No validas:

Archivo:

Reclamaciones conciliadas con físicos:

Número Factura Cuenta
FV2586537
FV2584291
FV2595486
FV2595463
FV2595494
FV2595576
FV2598587
FV2595438
FV2597564
FV2592494
FV2593631
FV2588911
FV2599953
FV2600045

Reclamaciones no validas: Todas las facturas presentadas son validas

Fuente: diseño del autor

Página 96

www.hosanbosco.gov.co

Dirección: Carrera 16 No. 20-60 – Barrio Alto Prado - Bosconia Cesar
Teléfonos: 5778029 – Urgencias: 5778302 | Cel: 318 343 6650 Urgencias: 318 366 2239
Email: hospital@hosanbosco.gov.co - hosanbosco@hotmail.com

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

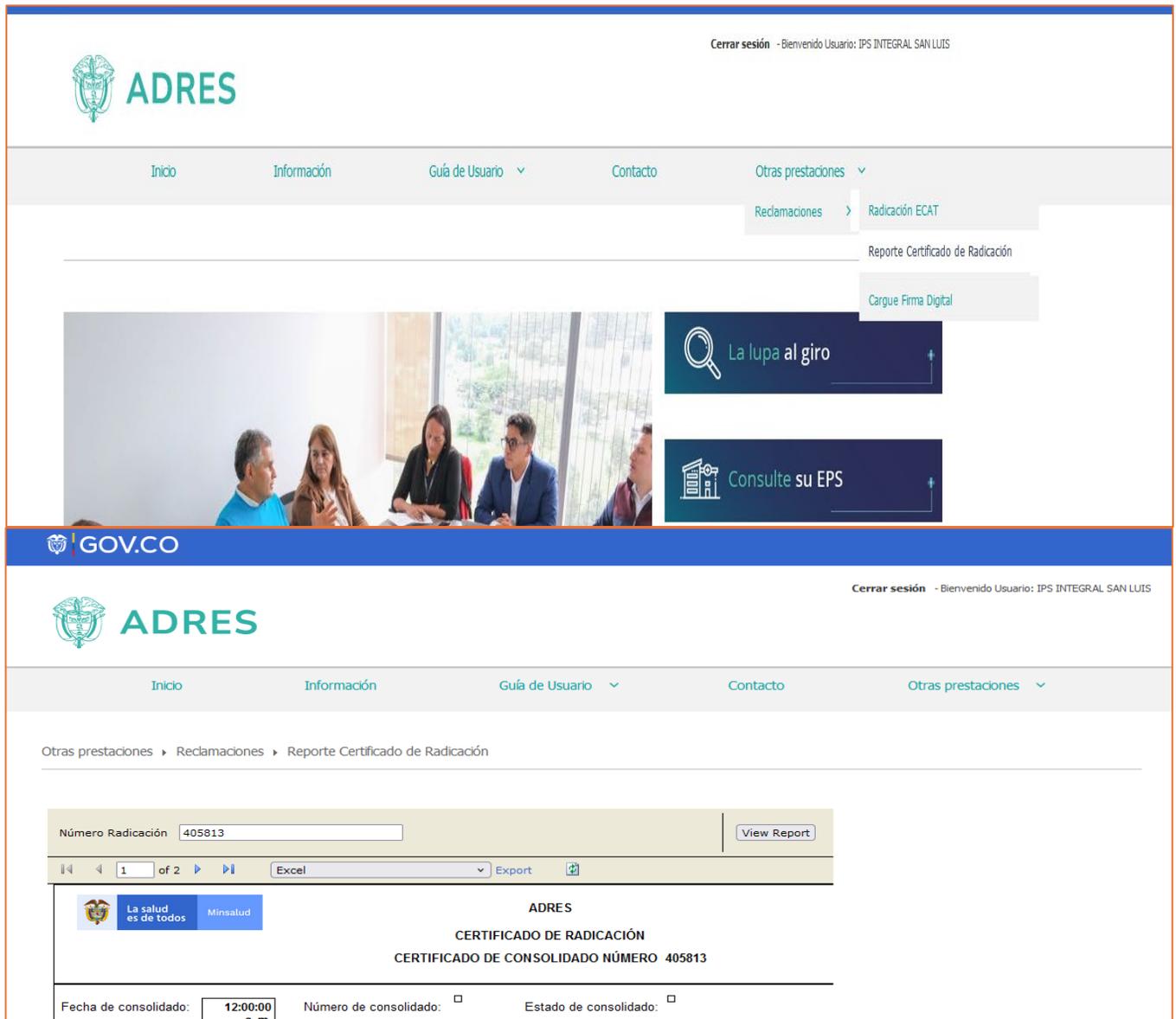
Tercera etapa de radicación electrónica

Luego de un rato, pueden generar el certificado de radicación...

Generación del Certificado de Radicación

Cuarta etapa de radicación electrónica

Paso 18: Se dirigen a la ruta "Otras prestaciones- Reclamaciones- Reporte Certificado de radicación"



The screenshot shows the ADRES web application interface. At the top, there is a navigation menu with options: Inicio, Información, Guía de Usuario, Contacto, and Otras prestaciones. The 'Otras prestaciones' menu is expanded, showing 'Reclamaciones' and 'Radicación ECAT'. Below the menu, there is a banner image of a group of people in a meeting. To the right of the banner, there are two buttons: 'La lupa al giro' and 'Consulte su EPS'. Below the banner, there is a 'GOV.CO' logo and the ADRES logo. The main content area shows the breadcrumb trail: 'Otras prestaciones > Reclamaciones > Reporte Certificado de Radicación'. Below this, there is a form with a text input field for 'Número Radicación' containing the value '405813' and a 'View Report' button. Below the form, there is a table with columns for 'Fecha de consolidado', 'Número de consolidado', and 'Estado de consolidado'. The table contains one row with the following data: '12:00:00 a. m.', an empty checkbox, and an empty checkbox.

Fuente: diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	 Hospital San Juan Bosco Empresa Social del Estado
Versión: 01		



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
CONSTANCIA RADICACIÓN CONSOLIDADO NÚMERO 404823

Fecha de Radicación: Número Radicación:

I. DATOS DE LA ENTIDAD

Razón Social: Número de identificación tributaria:

Departamento: Código Departamento:

Municipio: Código Municipio:

Dirección: Teléfono:

II. DATOS DEL APODERADO

Tipo Documento: Documento:

Apellidos: Nombres:

Dirección: Teléfono:

Departamento: Municipio:

Tarjeta Profesional:

III. ASIGNACION DE RADICADOS

Número de radicación: Desde:

Archivo: Al:

Reclamaciones con registro magnético sin documentación física:

Número Radicación	Número Factura Cuenta	Valor Reclamado
Total: 0		

Reclamaciones que presentan físico sin registro en medio magnético:

Número Factura Cuenta	Documento Víctima	Valor Reclamado
Total: 0		

Cordialmente



ADRES
CERTIFICADO DE RADICACIÓN
CERTIFICADO DE CONSOLIDADO NÚMERO 244687

Fecha de Radicación: Número Radicación: FormularioID:

IV. RELACION DE RECLAMACIONES RADICADAS

Número de reclamación	Número Factura	Identificación		Valor Reclamado
		Tipo Documento	Número Documento	
1200000	87028942	Ceclan de saludentia	100500042	\$ 4.967.070
1200001	87010762	Ceclan de saludentia	7212842	\$ 8.346.873
1200002	87010762	Ceclan de saludentia	104623748	\$ 8.907.877
1200003	87010762	Ceclan de saludentia	1046873280	\$ 2.984.025
1200004	87010762	Ceclan de saludentia	1046873281	\$ 10.770.784
Total:		5		\$ 34.740.519

Recibido

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Fuente: diseño del autor

Protocolo atención a víctimas de accidente de tránsito

Conforme a lo establecido en la circular externa 015 de 2016, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a los sujetos vigilados objeto de esta Circular a que, de acuerdo con sus competencias, definan las acciones, mecanismos y/o metodologías tendientes a garantizar el cumplimiento de la normativa que regula la gestión administrativa y asistencial de los eventos derivados de accidentes de tránsito, en los siguientes términos:

A los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) públicos, mixtos y privados

Los PSS deben definir y adoptar procesos y procedimientos específicos para la gestión administrativa que hace parte de la atención en salud del paciente víctima de accidente de tránsito, los cuales deben ser socializados con el equipo humano del Prestador y supervisados para efectos de garantizar su cumplimiento por parte de los responsables de la Entidad Prestadora.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

El (Los) procedimiento (s) definido (s), deben responder los siguientes interrogantes:

- ¿Qué se hace? (En qué consiste la actividad).
- ¿Para qué se hace? (Propósito de la actividad). ¿Quién lo hace? (Nombre y cargo del funcionario, empleado o persona que ejecuta la actividad).
- ¿Cómo se hace? (Método utilizado y sus diferentes etapas para realizar la labor)
- ¿Con qué se hace? (Equipo, herramienta y soporte informático utilizado para la ejecución de la actividad).
- ¿Cuá es el tiempo de ejecución? (El tiempo que se debe invertir en la ejecución de la actividad y/o plazos límite para la misma).

En razón a esto se define el siguiente protocolo:

Protocolo atención a víctimas de accidente de tránsito

1. Objetivo:

Definir los pasos a seguir para la atención de accidentes de tránsito en el Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

2. Alcance:

El presente protocolo aplica desde el momento en el que se presenta un accidente vial hasta la intervención de los lesionados por parte de los médicos en el Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar.

3. Responsable:

Todo el personal médico, enfermería, facturación de servicios de urgencias, referencia y contrarreferencia.

4. Términos y definiciones:

Accidente de Tránsito: Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este decreto, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

5. Normatividad

Circular externa 015 de 2016.

6. Procedimiento:

Nb.	Actividad	Responsable	Registro
1	Se recibe la llamada donde se informa del accidente de tránsito inmediatamente la ambulancia sale con la tripulación al sitio donde ocurrieron los hechos	Tripulación Ambulancia	
2	Debe mantener en todo momento la calma, teniendo presente el principio de ayuda a las víctimas	Tripulación Ambulancia	
3	Si se presentan heridas leves sin peligro para la vida, pero precisan valoración médica se deben llevar al hospital para su atención	Tripulación Ambulancia	
4	Cuando se presentan víctimas graves con peligro de muerte se deben priorizar y llevar inmediatamente al centro asistencial más cercano	Tripulación Ambulancia	Triage
5	Realizar el respectivo trámite administrativo para el ingreso a la institución de la víctima	Facturación	
6	Se realiza la respectiva verificación de documentación e ingreso al sistema de información	Facturación	
7	Cuando se presente un accidente masivo, una vez ingresen los heridos al centro asistencial se deben ubicar las tarjetas de lesionados dependiendo de la clasificación del triage	Personal asistencial	Tarjetas de lesionados
8	Cuando las victimas ingresan al hospital se inicia la asistencia por parte del personal asistencial	Personal asistencial	
9	Se inicia el proceso de trámite de remisión para aquellos pacientes que necesitan ser trasladados a un hospital de mediana o alta complejidad	Referencia y contrarreferencia	Registro de pacientes a remitir
10	FIN		

Fuente: diseño del autor

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Reporte de las atenciones en el Sistema de Información de Reportes de Atención en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito

El SIRAS es el sistema de información centralizado del que disponen las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, para que los prestadores de servicios de salud registren la atención en salud a una víctima de accidente de tránsito dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención, y cumplan así con la obligación de informar según lo establecido en el Artículo 3 de la [Resolución 3823 de 2016](#).

Este reporte se debe reportar la atención de urgencias, o atención programada porque así lo dispone el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 3823 de 2016, en su artículo 3, la cual establece la obligación de informar a las aseguradoras el ingreso de las víctimas de accidentes dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

El no reporte de acuerdo con el artículo 5 de la Resolución 3823 de 2016, el incumplimiento de la obligación de reporte dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos de los artículos 116 y 130 de la Ley 1438 de 2011. Para el efecto, las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y el ADRES o quien haga sus veces, deberán remitirle de manera mensual a dicha Superintendencia la relación de prestadores de servicios que, habiendo presentado reclamación por atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito, hayan omitido el reporte.

En el artículo 5 de la Resolución 3823 de 2016 dispone que en ningún caso el reporte podrá entenderse como solicitud de autorización administrativa para la prestación de los servicios, ni será causal de glosa, condición o soporte para que los prestadores puedan presentar las reclamaciones y se les reconozca el pago de los servicios que brinden a una víctima de accidente de tránsito.

Se deja como anexo el manual de usuarios del Sistema de Información de Reportes de Atención en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito – SIRAS 2.0

También lo podrán descargar con el usuario de la página <https://www.siras.com.co>. que debe tener la E.S.E, en caso de no tener el usuario lo deberá solicitar en la opción contáctanos.

Una vez realizada la exposición normativa, se hace necesario que, en el proceso de facturación de la Empresa Social del Estado Hospitales San Juan Bosco de Bosconia Cesar, realicen las definiciones de los flujogramas, en razón a esto hay que recordar que los flujogramas en un proceso es una herramienta que permite garantizar la calidad del proceso que se está realizando y mejorar la productividad.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Diagrama de flujo en el proceso de facturación, liquidación de facturas electrónicas, tramite de glosas y devoluciones para la Empresa Social del Estado Hospital San Juan Bosco de Bosconia Cesar

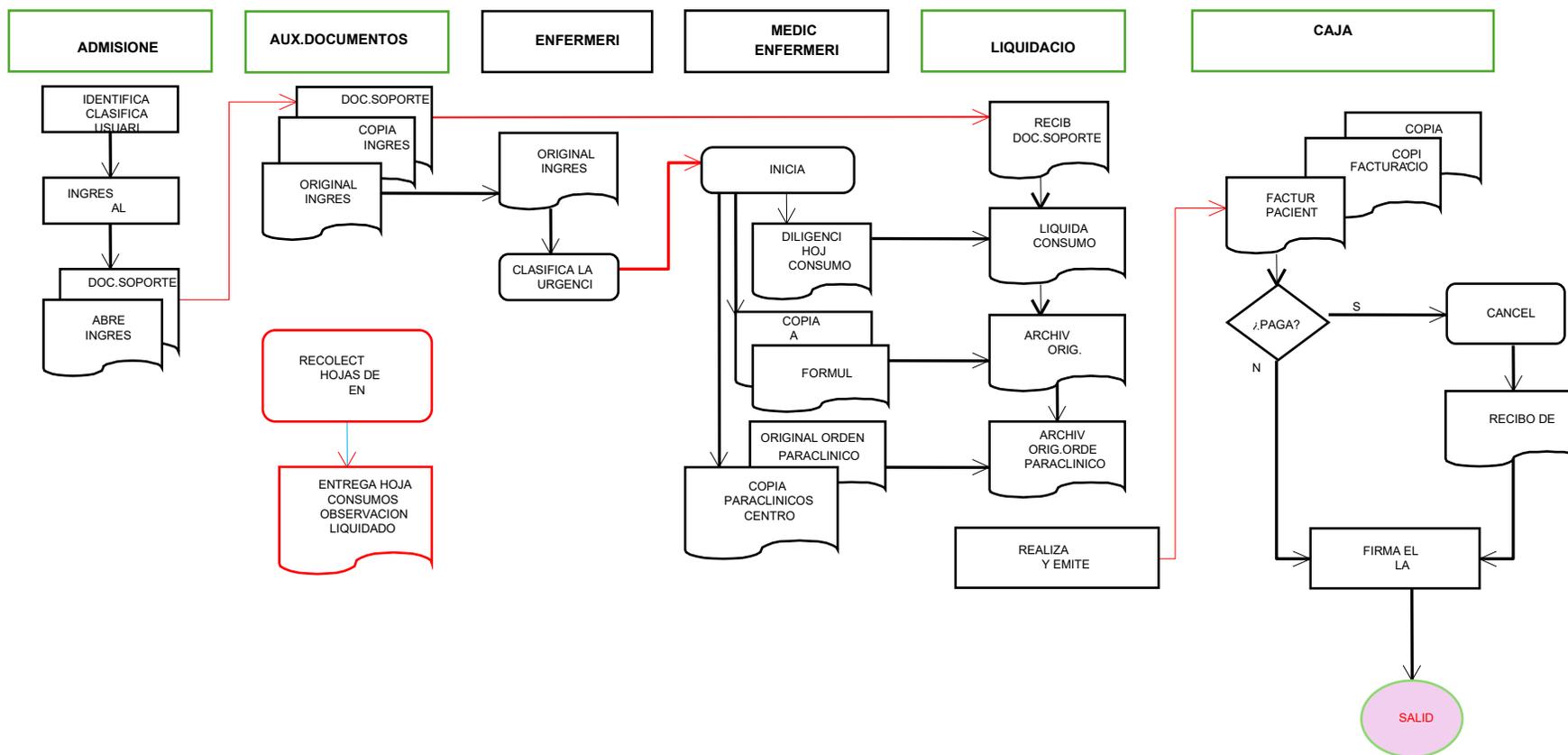
El diagrama de flujo, también conocido como flujograma, es una herramienta utilizada para representar la secuencia de las actividades en un proceso. Para ello, muestra el comienzo del proceso, los puntos de decisión y el final del mismo. Todo ello proporciona una visualización del funcionamiento del proceso, volviendo la descripción más intuitiva y analítica. Esta herramienta también expresa el flujo de la información, los materiales, las derivaciones del proceso y el número de pasos.

Es una de las siete herramientas básicas de gestión de calidad. Su objetivo principal es asegurar la calidad y aumentar la productividad del equipo. El diagrama de flujo se utiliza en este manual para desarrollar y mejorar la presentación gráfica de los procesos de la facturación:

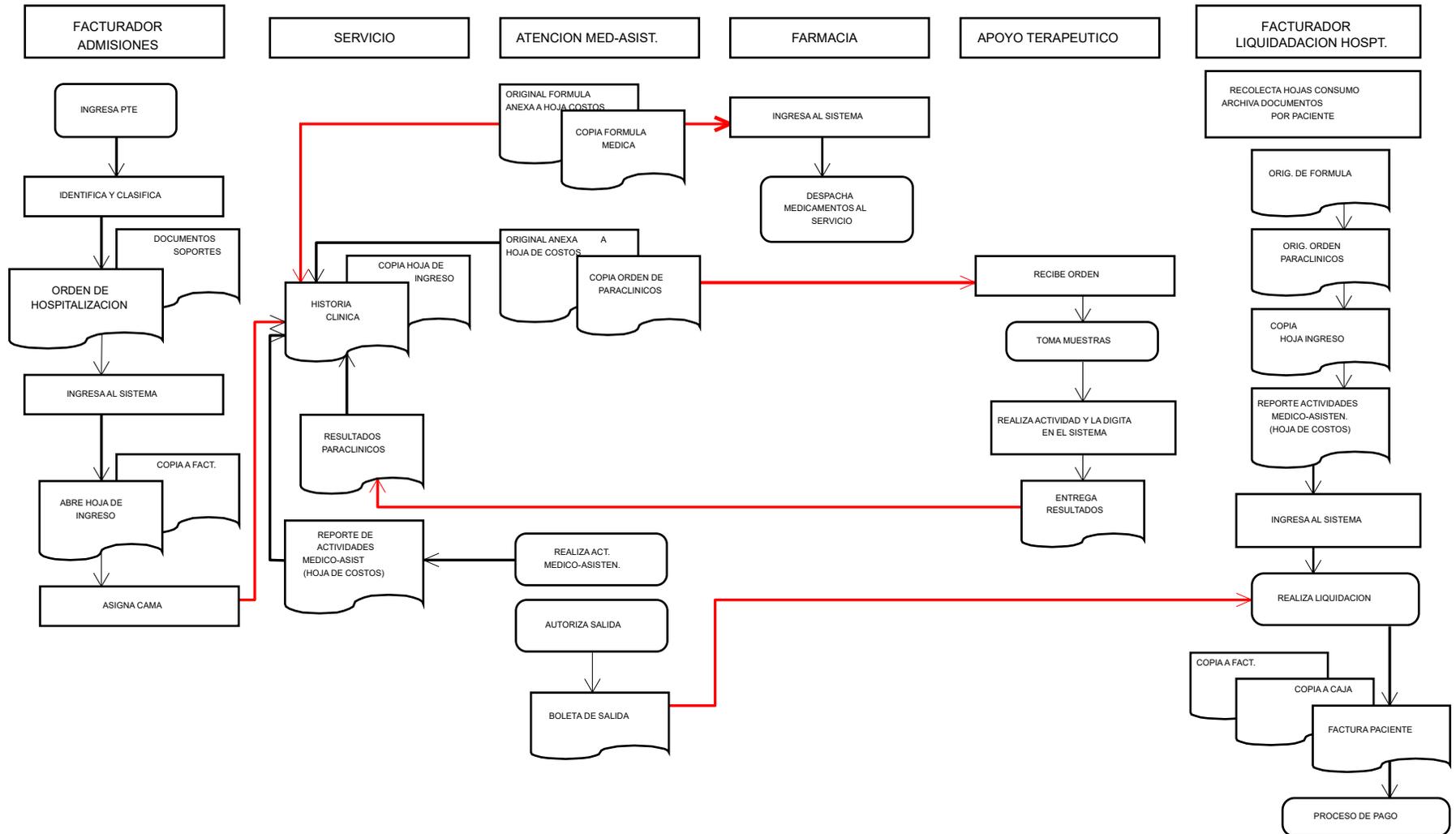
1. **Control de calidad.** El diagrama de flujo se utiliza como una herramienta para identificar actividades sin valor agregado en la ejecución del proceso de facturación electrónica, tramite de glosas y devoluciones y, de ese modo, mejorar el rendimiento.
2. **Visión transparente.** El diagrama de flujo mejora la comprensión del proceso. La diagramación hace posible aprender el conjunto de actividades, relaciones e incidencias dentro del proceso facturación electrónica, tramite de glosas y devoluciones, enfocándose en aspectos específicos del mismo.
3. **Identificación de clientes.** Gracias al diagrama de flujo, es más fácil conocer las necesidades de los clientes y ajustar el proceso hacia la satisfacción de sus necesidades y expectativas.
4. **Comunicación eficaz.** El diagrama introduce un lenguaje común que mejora la comunicación de todo el equipo de facturación, liquidación y auditoria de la E.S.E.
5. **Mejora de tiempos y costes.** El diagrama de flujo facilita la aplicación de acciones en la optimización del tiempo y los costes de actividad. De esta manera, mejora la eficacia y la eficiencia del proceso.

En consideración a esto se hacen las definiciones de los flujogramas en el proceso de facturación de la Empresa Social del Estado Hospitales San Juan Bosco de Bosconia Cesar:

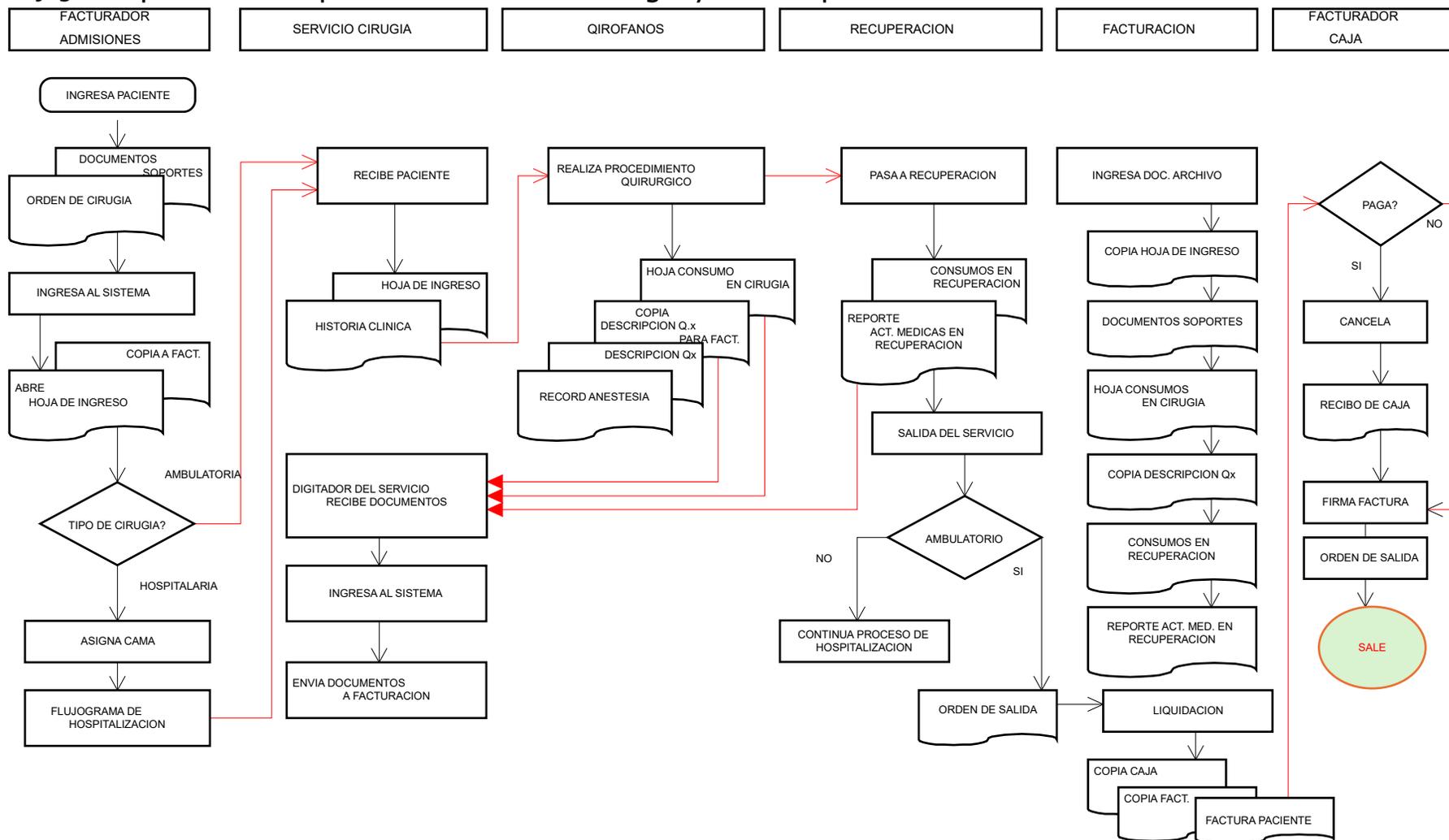
Flujograma Servicio Urgencias



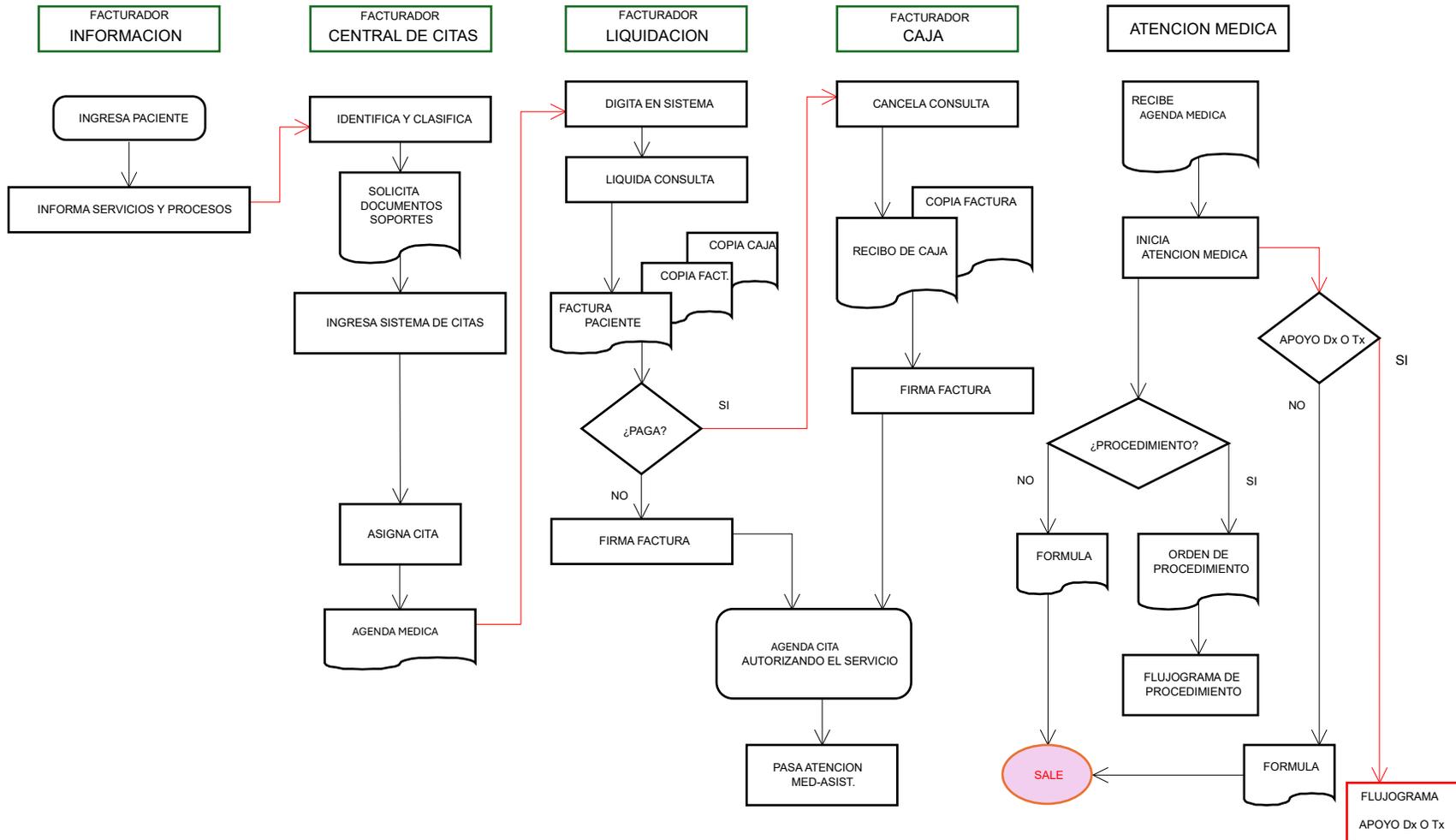
Flujograma Proceso de liquidación servicio de hospitalización



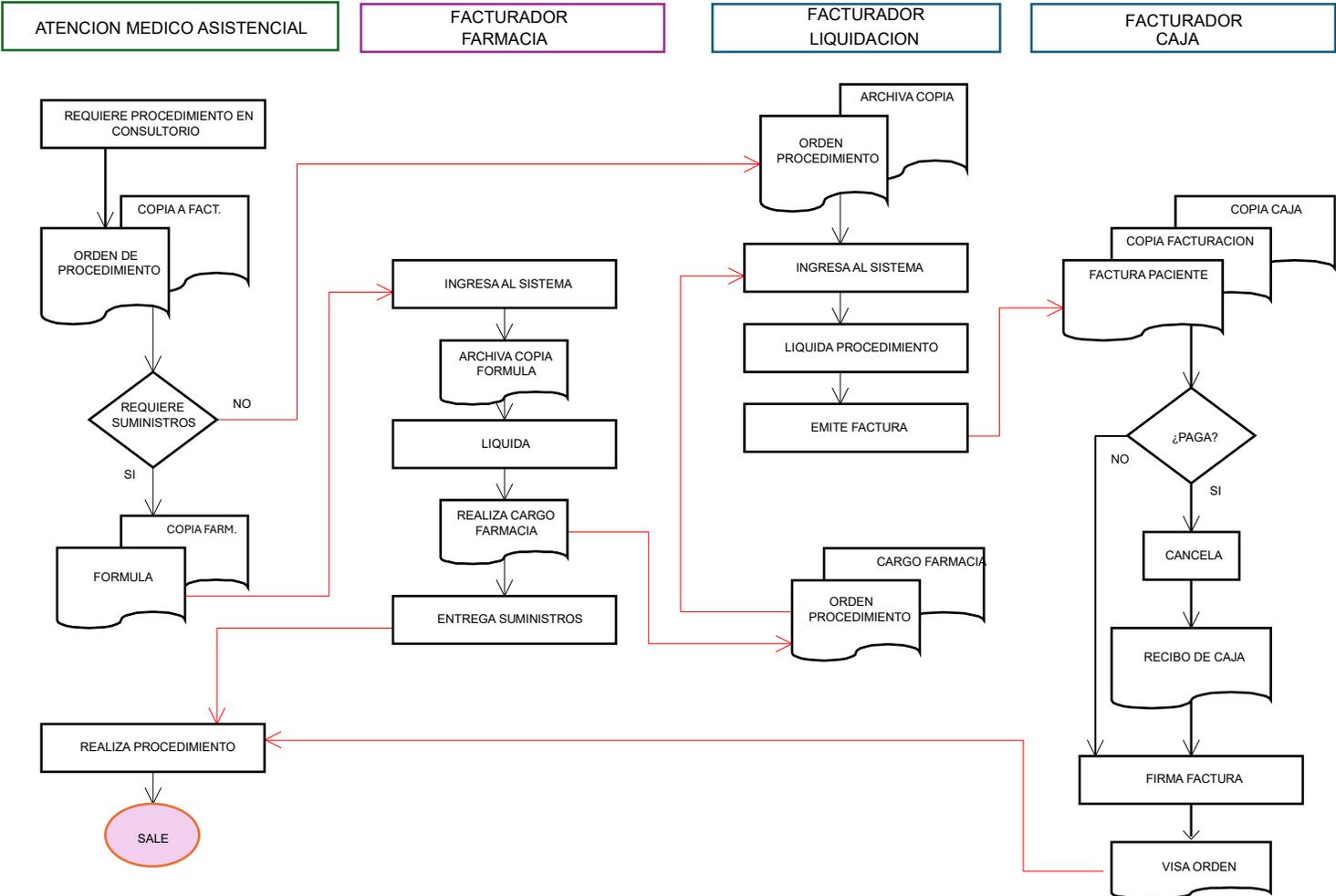
Flujograma proceso de liquidación servicio de cirugía y sala de partos



Flujograma proceso de liquidación servicio consulta externa

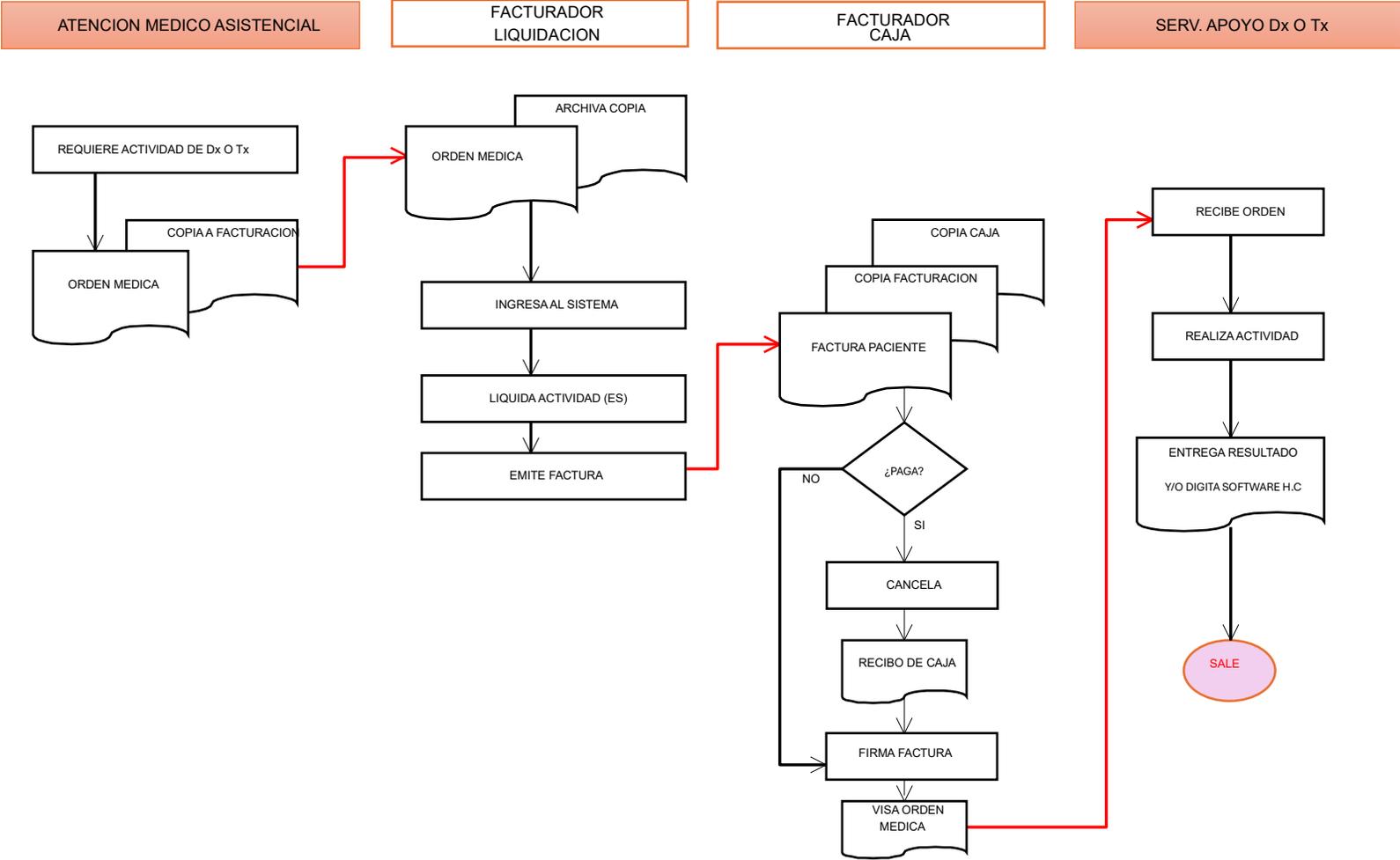


Flujograma proceso de liquidación servicio consulta externa procedimiento en consultorio

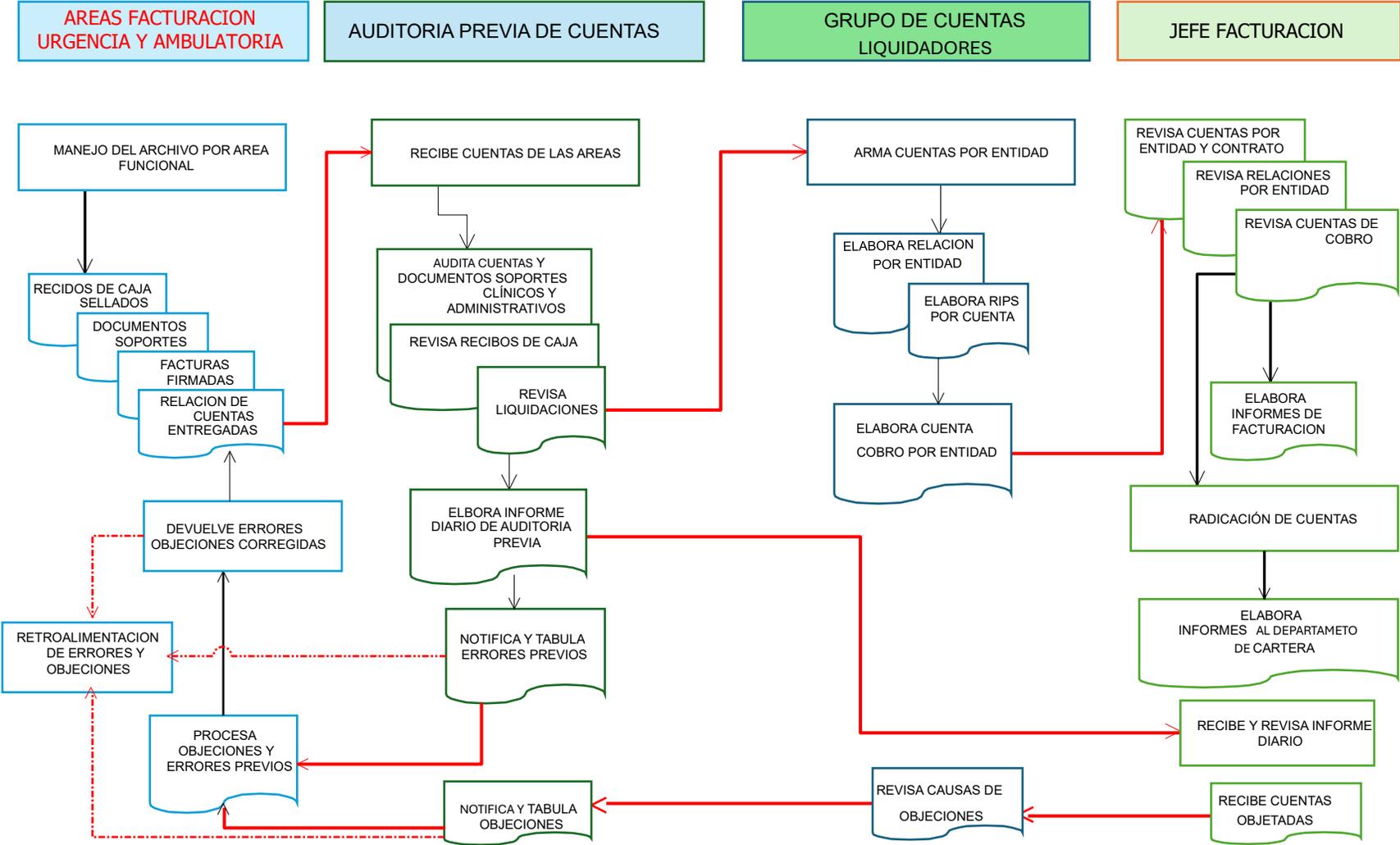


CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	 Hospital San Juan Bosco <small>Empresa Social del Estado</small>
Versión: 01		

Flujograma proceso de liquidación servicio consulta externa *actividad de apoyo Dx O Tx*

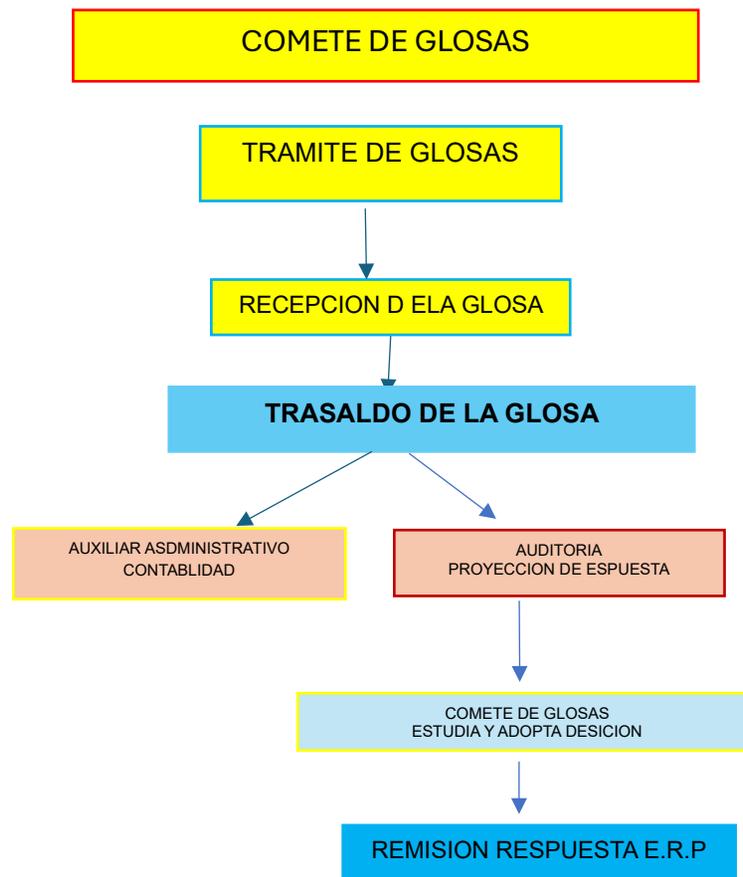


Flujograma proceso de facturación, liquidación, auditoria y radicación de facturas oficina central



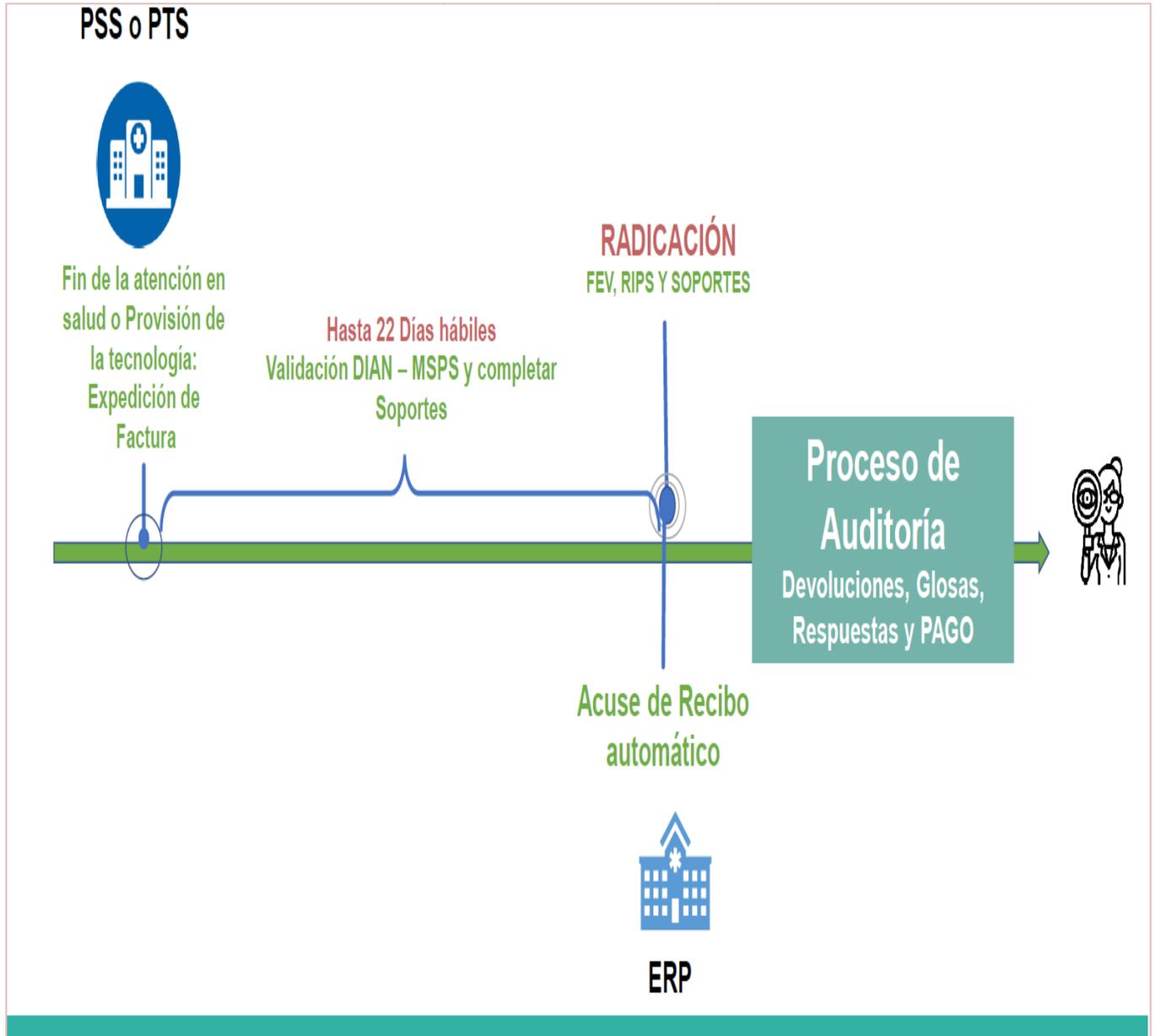
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Flujograma proceso del comité de glosas



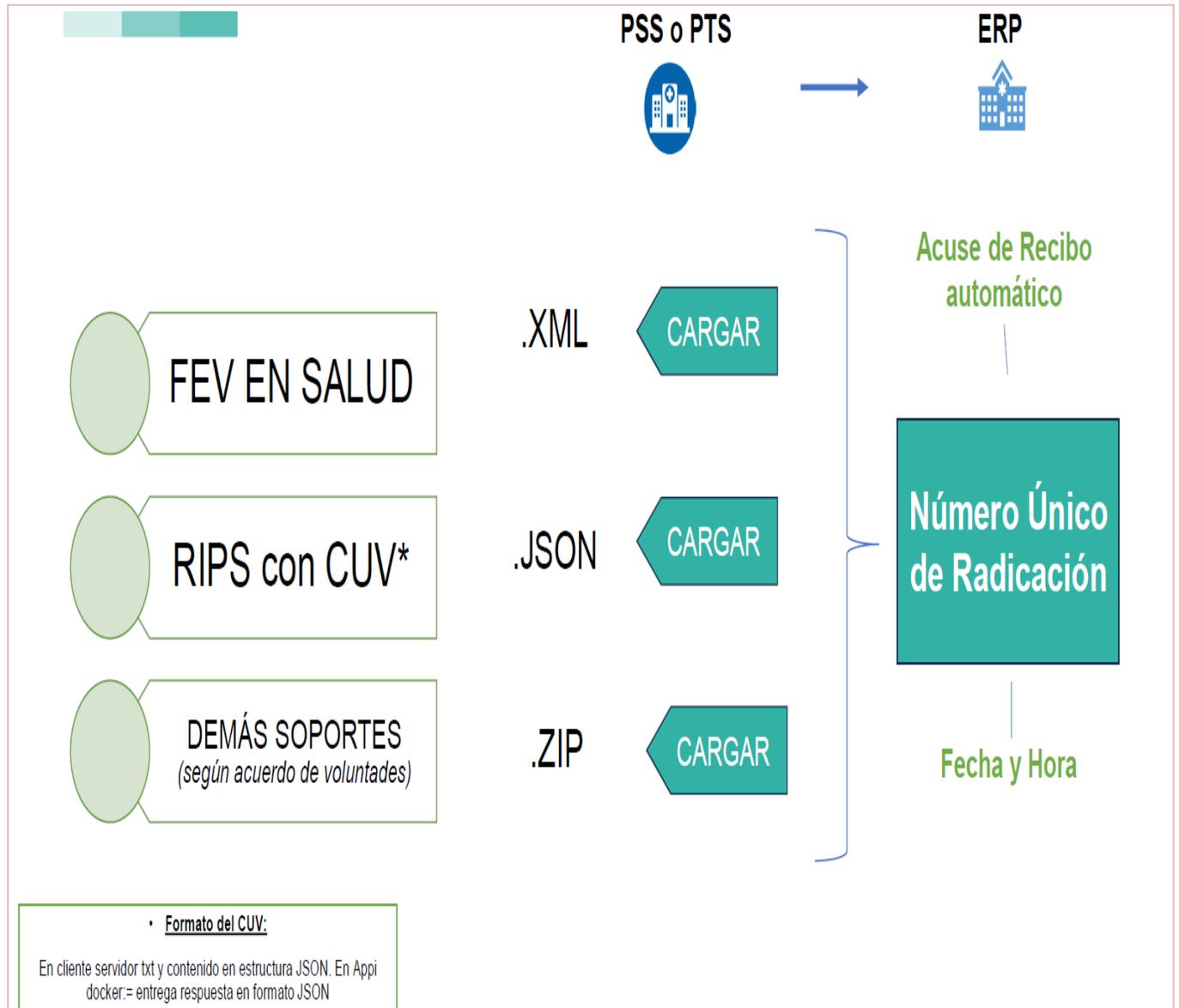
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Trámite de Expedición y Radicación (Resolución 2275 de 2023)



Fuente: Resolución 2275/23

Trámite de radicación



Fuente: Resolución 2284/23

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Seguimiento y control de la factura de venta

Entregadas las facturas de ventas a las Entidades responsables del Pago es necesario hacer el seguimiento de las mismas el cual incluye: El manejo de objeciones, glosas, los pagos, y el control de la cartera.

Devoluciones - glosas

Las glosas a las facturas de Ventas de servicios de Salud, son observaciones de las aseguradoras por las inconsistencias detectadas en su revisión. Cuando una factura presenta inconsistencias la Entidad Responsable del Pago devuelve para su corrección, y los prestadores tienen la obligación de corregir las observaciones y dar respuesta dentro de los plazos establecidos, según el Artículo 57. Trámite de glosas, de la Ley 1438 de 2011.

Devoluciones

Es una limitación al trámite de la factura de venta para el pago por parte de la entidad responsable de pago que la afecta de forma total, la cual puede ser subsanada en los términos establecidos de conformidad con el artículo 6 de la presente resolución. Las causas de devolución son taxativas y corresponden a la labor que tiene la entidad responsable de pago frente a definir su responsabilidad en el pago y trámite de la cuenta en cumplimiento del literal d, del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Se presentan devoluciones cuando existe alguna de las siguientes causales que impide realizar el pago por la entidad responsable de pago.

Glosas

No conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura de venta en salud radicada, identificada por la entidad responsable de pago durante la auditoría de cuentas médicas, y que requiere respuesta por parte del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud.

Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias en cantidad al comparar los servicios y tecnologías en salud prestados o provistas con los servicios y tecnologías en salud facturadas, o cuando el valor por concepto de recaudo efectivo de los pagos compartidos, no se restan de la factura de venta en salud, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Tarifas

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

Soportes

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia total o parcial o, inconsistencia en los soportes o, porque no corresponden a la persona atendida.

Autorizaciones

Aval emitido por la entidad responsable de pago para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud requeridos por la persona, el cual puede ser específico o integral. El número de autorización debe estar registrado en la factura de venta en salud y en el RIPS en los campos definidos en la Resoluciones 510 y 1036 de 20220 las que las modifique o sustituya.

Autorización específica: Soporta la causa que motiva la atención delimitada dentro del plan de manejo inicial establecido por el profesional tratante o, para un servicio o tecnología específico o individual, según lo pactado en el acuerdo de voluntades.

Autorización integral: Soporta la atención de una persona que requiere resolver una condición o condiciones en salud, o para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la prescripción realizada por el profesional tratante. Esta autorización podrá ser dada para uno o varios prestadores de servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud dentro de la red integral e integrada de salud contratada por la entidad responsable de pago.

Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías en salud facturados por el prestador o proveedor no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable de pago o cuando se cobren servicios y tecnologías en salud con documentos o firmas adulteradas.

Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas cuando no se obtiene respuesta en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social.

Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

En los casos de atención de pacientes en condición de urgencia, donde el Centro Regulador de Urgencias y Desastres — CRUE o la entidad que haga sus veces define el prestador de servicios de salud que debe atender el paciente, se consideran autorizadas y no aplica glosa.

Respuestas a devoluciones o glosas

Pronunciamiento que el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud da a la devolución o glosa generada por la entidad responsable de pago comunicando su aceptación total, parcial o no aceptación, conforme con los soportes o evidencia aportada.

Tramite de objeciones

Distribución de las objeciones:

Se debe establecer las causas de objeciones/glosas, Áreas funcionales con causas de objeciones/glosas, funcionarios responsables de los causales de objeciones/glosas, las objeciones/glosas se deberán contestar en un término no mayor a 24 horas.

Corrección u aclaración:

Verificar la causa de las pertinentes y subsanarlas Causas no subsanables aceptar la glosa Las correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones deben ser informadas, documentadas y entregadas para la respuesta a las aseguradoras en respuesta formal, en un término no mayor al establecido según el Artículo 57. Trámite de glosas, de la Ley 1438 de 2011.

Evaluación de objeciones/glosas:

Llevar registro de glosas con el objeto de realizar retroalimentación del proceso a cada una de las áreas de la E.S.E.

Manual único de glosas, devoluciones y respuestas

Decreto 441/22. Artículo 2.5.3.4.4.6 Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas. La denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual es de obligatoria adopción en los acuerdos de voluntades sujetos a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como en aquellos en los que se haya pactado su aplicación.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

En el proceso de la auditoria, cuando se esté en la revisión de las glosas, se deberá tener presente lo consagrado en la Sección 4 Facturas de venta y glosas, en los Artículos 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas y Artículo 2.5.3.4.4.3 Aceptación de la factura de venta, del Decreto 441/22, afín de no incurrir en el no cumplimiento de los tiempos establecido en estos artículos.

“(…)

Decreto 441/22, **“Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”**

Artículo 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas. *La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas.*

Artículo 2.5.3.4.4.3 Aceptación de la factura de venta. *La aceptación de la factura de venta por parte de la entidad responsable de pago es expresa cuando dicha entidad informa de ello al prestador o proveedor, o tácita, si vencidos los plazos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la entidad no formula y comunica al prestador o proveedor las glosas o no se pronuncia sobre el levantamiento total o parcial de estas.*

(…)”, *subrayado fuera del texto*

La Resolución 2284 de 2023, Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones, en su anexo técnico #2, se definió:

Anexo técnico No. 3

Manual único de devoluciones, glosas y respuestas

1. Codificación del Manual

1.1. Estructura del código. Los códigos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas se construyen con niveles jerárquicos.

Los códigos de devoluciones, glosas y respuestas tienen una estructura de seis (6) dígitos y se construyen con tres (3) niveles, como se aprecia en el siguiente esquema:

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Concepto general: Representado por los dos (2) primeros dígitos de carácter literal.
- Conceptos específicos: Representados por el tercer y cuarto dígito de carácter numérico. Indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general. Cada concepto específico está asociado a un concepto general o a varios.
- Concepto de aplicación: Representados por el quinto y sexto dígito de carácter numérico. Indican cuando aplica la combinación del concepto general con el específico.

En la tabla de códigos se encuentra la definición correspondiente al concepto general en la fila inmediatamente inferior a su código y denominación, la cual afecta todos los códigos específicos y de aplicación que jerárquicamente dependan de éste.

En los códigos específicos y de aplicación se puede encontrar en la fila inmediatamente inferior, una nota explicativa que amplía los usos o restricciones del concepto de devolución o glosa. Si la nota explicativa se encuentra relacionada con un código específico, ésta afecta a todos los códigos de aplicación que jerárquicamente dependan de éste.

Cuando la nota está relacionada con un concepto de aplicación, ésta solo afecta a este y no a las demás causales de glosa relacionadas con el código específico o el código general.

El objetivo, 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.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Trámite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Tablas de códigos de devolución

DEVOLUCIONES	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Definición	Es una limitación al trámite de la factura de venta para el pago por parte de la entidad responsable de pago que la afecta de forma total, la cual puede ser subsanada en los términos establecidos de conformidad con el artículo 6 de la presente resolución. Las causas de devolución son taxativas y corresponden a la labor que tiene la entidad responsable de pago frente a definir su responsabilidad en el pago y trámite de la cuenta en cumplimiento del literal d, del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Se presentan devoluciones cuando existe alguna de las siguientes causales que impide realizar el pago por la entidad responsable de pago.
DE16	Persona corresponde a otro responsable de pago
Nota	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. Para afectaciones parciales de la factura, remítase a las causas de glosa. El medio para la verificación de derechos es la base de datos proporcionada previamente por la entidad responsable de pago o según el mecanismo de disposición de información pactado por las partes en el acuerdo de voluntades. Si no se conoce la entidad responsable de pago en la atención de urgencias, la consulta de la información se podrá realizar a través de la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA y posteriormente se realizará la validación de derechos con la entidad responsable de pago. Cuando el paciente inconsciente e indocumentado se deberá reportar a la entidad territorial respectiva, y una vez se aclare la identidad y entidad responsable de pago a cargo del paciente, se deberá informar a esta sin que pueda aplicar la causal de Glosa SO48.
DE1601	La factura corresponde a una persona que pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la atención
DE44	El prestador de servicios de salud que factura no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago
Nota	No aplica en los siguientes casos: - En atención de urgencias. - Por efecto del proceso de asignaciones de afiliados, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.7.9 del Decreto 780 de 2016. - Cuando la entidad responsable de pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente o cuando el CRUE haya definido el prestador de servicios en el marco del proceso de referencia y contrarreferencia. - Cuando la entidad responsable de pago haya autorizado previamente a un prestador de servicios de salud.
DE4401	El profesional que ordenó el servicio o tecnología de salud facturado lo hizo desde una IPS que no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago
DE4402	El profesional independiente que ordenó el servicio o tecnología de salud no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago
DE50	Factura ya pagada o en trámite
DE5001	La totalidad de la factura fue pagada por la entidad responsable de pago
DE5002	La factura ya fue radicada a la entidad responsable de pago y se encuentra en trámite
DE56	No radicación de los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique o sustituya
DE5601	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud no radica los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique o sustituya

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Tablas de códigos de glosa

Códigos de glosa por facturación – FA

FA	FACTURACIÓN
Definición	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias en cantidad al comparar los servicios y tecnologías en salud prestados o provistas con los servicios y tecnologías en salud facturadas, o cuando el valor por concepto de recaudo efectivo de los pagos compartidos, no se restan de la factura de venta en salud, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
FA01	Estancia u observación de urgencias
FA0101	El cargo por estancia u observación de urgencias, que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencia con las cantidades facturadas
FA0102	Se facturan consultas, interconsultas o atenciones (visitas) domiciliarias que están incluidas en la estancia u observación de urgencias de acuerdo con lo pactado
FA0103	Se cobra estancia u observación de urgencias que ya se encuentra incluida en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0105	Se facturan servicios o tecnologías en salud que se encuentran incluidos en la estancia u observación de urgencias de acuerdo con lo pactado
FA02	Consultas, interconsultas y atenciones (visita) domiciliaria
FA0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencias con las cantidades facturadas
FA0202	Se cobran consultas o atenciones (visitas) domiciliarias que se encuentran incluidas en los honorarios profesionales post quirúrgicos
FA0203	Se cobran consultas o atenciones (visitas) domiciliarias que ya se encuentran incluidas en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0205	Se cobran consultas que se encuentran incluidas en los honorarios profesionales del procedimiento, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0206	En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de un procedimiento quirúrgico o intervencionista que realizó el mismo prestador
FA03	Honorarios profesionales en procedimientos
FA0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0303	Se cobran honorarios profesionales que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA05	Derechos de sala
FA0501	Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0502	Se cobran tecnologías en salud que ya se encuentran incluidas en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos
FA0503	Se cobran derechos de sala que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA06	Dispositivos médicos
FA0601	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0602	Se cobran dispositivos médicos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo quirúrgico
FA0603	Se cobran dispositivos médicos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada
FA07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
FA0701	Los cargos por Medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

FA0702	Se facturan separadamente principios activos que fueron dispensados en una presentación combinada
FA0703	Se cobran medicamentos o APME que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0705	Se cobran medicamentos que ya se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico.
FA08	Apoyo diagnóstico
FA0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0802	Se facturan separadamente apoyos diagnósticos incluidos uno en el otro
FA0803	Se cobran apoyos diagnósticos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0805	Se cobran apoyos diagnósticos que ya se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico o intervencionista
FA13	Factura incluye servicios y tecnologías en salud de diferentes coberturas
Nota	Cuando se use para una factura de venta en salud multiusuarios, se glosa lo correspondiente al servicio o tecnología en salud con cobertura diferente a los recursos que maneje la entidad responsable de pago correspondiente del resto de la factura de venta en salud, generando el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud la nota crédito sobre el servicio o tecnología de salud y se continúa con el trámite de la factura de venta en salud.
FA1305	Servicio o tecnología corresponde a diferente cobertura
FA16	Persona, servicio o tecnología pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la prestación
Nota	Aplica cuando la factura incluye varias personas y se puede tramitar parcialmente
FA1605	En la factura se relacionan una o varias personas que en el momento de la prestación del servicio corresponden a otro responsable de pago
FA1606	En la factura se relacionan uno o varios servicios o tecnologías en salud que corresponden a otro responsable de pago
FA19	Error en descuento pactado
Nota	Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura
FA1905	Hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado o no fueron aplicados
FA20	Pago compartido
Nota	Aplica cuando se haya pactado el recaudo de los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras por parte del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud y haya sido recaudado efectivamente por el prestador. No aplica por no pago por parte de la persona No aplica cuando el prestador factura a la entidad responsable de pago descontando el valor del pago compartido.
FA2006	Los recaudos efectivos de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, que por acuerdo de voluntades efectuó el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, no corresponden a lo informado por la entidad responsable de pago para la liquidación del pago compartido
FA23	Otros procedimientos no quirúrgicos
FA2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA2302	Se facturan separadamente otros procedimientos no quirúrgicos incluidos en otro.
FA2303	Se cobran otros procedimientos no quirúrgicos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA27	Servicio o tecnología de salud ya facturado
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente
FA2702	Se cobran servicios y tecnologías en salud que se encuentran ya cobrados dentro de la misma u otra factura
FA28	Servicio o tecnología de salud ya pagada al restador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

FA2805	Se factura un servicio o tecnología de salud ya pagada por la entidad responsable de pago
FA38	Traslado asistencial de pacientes
FA3801	Los cargos por traslado asistencial de pacientes que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA3803	Se cobra traslado asistencial de pacientes que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA51	Servicio o tecnología prestado o suministrada por un prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud diferente al que tiene a su cargo la atención agrupada
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente. Aplica conforme a lo establecido en los artículos 2.5.3.4.5.4 y 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016. Aplica como ajuste descontable al valor total de la factura de venta en salud.
FA5103	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada, prestado por otro prestador de servicios de salud en caso de urgencias ó por proceso de referencia
FA5105	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada, que hace parte de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud o la RIAS para la población materno perinatal o aquellas que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga como obligatorias, fue prestado o provisto por otro prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud
Nota	No aplica para aquellos servicios y tecnologías en salud que deben ser garantizados antes del alta hospitalaria en el marco de la RIAS para la población materno perinatal
FA5106	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada prestado por otro prestador de servicios de salud, con la finalidad de determinar el nivel de control o la aparición de complicaciones de una condición en salud ya establecida
FA52	Disminución en el número de personas incluidas en una modalidad de pago prospectiva
Nota	Aplica con la información proporcionada previamente por la entidad responsable de pago según el mecanismo de disposición pactado por las partes en el acuerdo de voluntades
FA5205	El número de personas incluidas en la modalidad de pago prospectiva es disminuido por novedades en la base de datos proporcionada por la entidad responsable de pago
FA5206	La persona incluida en una modalidad de pago prospectiva fallece y aplica una deducción proporcional del valor facturado
FA57	Apoyo terapéutico
FA5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA5702	Se facturan separadamente apoyos terapéuticos incluidos en otro
FA5703	Se cobran apoyos terapéuticos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
FA5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA5802	Se facturan separadamente procedimientos quirúrgicos o intervencionistas incluidos en otro
FA5803	Se cobran procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada
FA59	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado, directamente por la persona.
FA5901	Los cargos por transporte no asistencial ambulatorio de la persona que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA5903	Se cobra transporte no asistencial ambulatorio de la persona que ya se encuentra incluido en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Códigos de glosa por tarifas - TA

TA	TARIFAS
Definición	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados o los definidos por la normatividad.
TA01	Estancia u observación de urgencias
TA0101	El cargo por estancias u observación de urgencias, que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencia con los valores pactados o establecidos por la norma
TA02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
TA0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA03	Honorarios profesionales en procedimientos
TA0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA04	Honorarios otro talento humano que interviene en la atención
TA0401	Los cargos por honorarios de otro talento humano que interviene en la atención que vienen relacionados o justificados en soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA05	Derechos de sala
TA0501	Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA06	Dispositivos médicos
TA0601	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
TA0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA08	Apoyo diagnóstico
TA0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA09	Atención agrupada
Nota	Se entiende por atención agrupada el conjunto de servicios y tecnologías en salud realizados en relación con la atención de una o varias condiciones de salud de una persona, o población, que se determinan en el acuerdo de voluntades, estableciendo una tarifa para este conjunto.
	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado en las modalidades de pago tales como: Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta, Pago Global prospectiva y Pago por capitación:
	No aplica en caso de atención de urgencias sin contrato o, cuando se haya emitido autorización.
	No aplica cuando se haya pactado o en la norma vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el grupo de servicios o tecnologías en salud incluidos en la atención agrupada
TA0901	Los cargos por atención agrupada que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados.
TA23	Otros procedimientos no quirúrgicos
TA2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA29	Recargos no pactados
TA2901	En la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre las partes o establecidos por la norma
TA38	Traslado asistencial de pacientes
TA3801	Los cargos por traslado asistencial de pacientes que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA57	Apoyo terapéutico
TA5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

TA58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
TA5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 ola que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
TA5901	Los cargos por otro transporte no asistencial ambulatorio de personas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma

Códigos de glosa por soportes – SO

SO	SOPORTES
Definición	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia total o parcial o, inconsistencia en los soportes o, porque no corresponden a la persona atendida
SO01	Estancia u observación de urgencias
SO0101	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la epicrisis que soporta la estancia u observación de urgencias
SO0102	Los soportes de cobro que evidencian la estancia u observación de urgencias no corresponden a la persona atendida
SO02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
SO0201	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la realización de la consulta interconsulta o atención (visita) domiciliaria
SO0202	Los soportes de cobro que evidencian la realización de la consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria no corresponden a la persona atendida
SO03	Honorarios profesionales en procedimientos
SO0301	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionista
SO0302	Los soportes de cobro que evidencian los honorarios de profesionales en procedimientos no corresponden a la persona atendida
SO0303	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios de anestesia
SO04	Honorarios otro talento humano que interviene en la atención
SO0401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios del talento humano que interviene en la atención, diferente a los- quirúrgicos y clínicos
SO0402	Los soportes de cobro que evidencian los honorarios de otros profesionales asistenciales no corresponden a la persona atendida
SO06	Dispositivos médicos
SO0601	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos empleados en procedimientos quirúrgicos ó intervencionistas que sean motivo de cobro adicional
Nota	No aplica cuando el registro está en la hoja de gastos de cirugía que se envía como soporte
SO0602	Los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos empleados no corresponden a la persona atendida

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

SO0603	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos empleados en procedimientos no quirúrgicos que sean motivo de cobro adicional
SO0604	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos entregados como parte de una acción de protección específica o tratamiento
SO07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
SO0701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de administración de medicamentos
SO0702	Los soportes de cobro que evidencian los medicamentos suministrados no corresponden a la persona atendida
SO0703	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el comprobante de recibido de medicamentos de las personas
SO08	Apoyo diagnóstico
SO0801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica del apoyo diagnóstico
SO0802	Los soportes de cobro que evidencian el apoyo diagnóstico no corresponden a la persona atendida
SO0803	Existe ausencia en los soportes de cobro de la lectura o interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente
SO21	Número de autorización
Nota	Aplica como glosa total.
	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización.
	Cuando la entidad responsable de pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud y no habrá lugar a glosa por dicho concepto.
SO2101	El número de la autorización no está incluido en el RIPS.
SO2102	El número de la autorización incluido en el RIPS no corresponde al prestador de servicios de salud
SO2103	El número de la autorización de servicios y tecnologías en salud incluido en el RIPS no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada
SO2104	El número de la autorización incluido en el RIPS no corresponde a la persona atendida
SO23	Otros procedimientos no quirúrgicos
SO2301	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica de otros procedimientos no quirúrgicos
SO2302	Los soportes de cobro que evidencian otros procedimientos no quirúrgicos no corresponden a la persona atendida
SO34	Resumen de atención o epicrisis, hoja de atención de urgencias u hoja de atención odontológica
Nota	Aplica como glosa total
SO3401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la epicrisis
SO3402	La epicrisis no corresponde a la persona atendida
SO3403	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de atención de urgencias
SO3404	La hoja de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida
SO3405	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el resumen de atención

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

SO3406	El resumen de atención no corresponde a la persona atendida
SO3407	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de atención odontológica
SO3408	La hoja de atención odontológica no corresponde a la persona atendida
SO36	Copia de la factura expedida a la aseguradora del SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces
SO3601	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en las copias de la factura enviada a la compañía de seguros SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, cuando aplica, con sus respectivos detalles, con las que se cumple los topes de cobertura
SO3602	Las copias de la factura enviada a la compañía de seguros SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, cuando aplica, no corresponde a la persona atendida
SO37	Orden o prescripción facultativa del profesional tratante
Nota	No aplica en caso de que la entidad responsable de pago haya emitido la autorización correspondiente
SO3701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la orden o prescripción facultativa del profesional tratante
SO3702	La orden o prescripción facultativa no corresponde a la persona atendida
SO38	Traslado asistencial de pacientes
SO3801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de traslado asistencial
SO3802	La hoja de traslado asistencial no corresponde a la persona atendida
SO39	Comprobante de recibido del usuario
SO3901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el comprobante de recibido del usuario
SO3902	El comprobante de recibido del usuario no corresponde a la persona atendida
SO40	Registro de anestesia
SO4001	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia de la copia del registro de anestesia
SO4002	El registro de anestesia no corresponde a la persona atendida
SO41	Descripción quirúrgica
SO4101	Existe ausencia total parcial o inconsistencia de la copia de la descripción quirúrgica
SO4102	La descripción quirúrgica no corresponde a la persona atendida
SO42	Lista de precios
Nota	Aplica únicamente cuando las tecnologías en salud facturadas no estén incluidas en el listado de predios anexo al acuerdo de voluntades o en los casos de atención sin contrato. No aplica en los casos en que existe acuerdo de voluntades entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, ya que esta lista de precios debe ser un anexo del acuerdo, a menos que se requiera actualizar la información
SO4201	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia de la lista de precios
SO47	Faltan soportes de los servicios y tecnologías en salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
SO4701	No se incluye en la factura de venta en salud, los soportes de los servicios y tecnologías en salud para recobros a cargo de la ADRES, accidentes de trabajo o enfermedad profesional a cargo de la ARL, de conformidad con la normativa vigente
SO48	Evidencia del envío del trámite respectivo

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Nota	<p>En lo relativo al informe de atención de urgencias: Aplica como glosa total cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable de pago, en los términos definidos en la normativa vigente.</p> <p>No aplica en los casos en los que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos. Tampoco aplica cuando la atención ha sido informada a la entidad territorial, por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable de pago, en los términos establecidos en la normativa vigente.</p>
SO4801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la evidencia del envío del trámite respectivo
SO4802	El informe de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida
SO57	Apoyo terapéutico
SO5701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica del apoyo terapéutico
SO5702	Los soportes de cobro que evidencian el apoyo terapéutico no corresponden a la persona atendida
SO58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
SO5801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas
SO5802	Los soportes de cobro que evidencian los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas no corresponden a la persona atendida
SO59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
Nota	<p>Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 ola que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.</p>
SO5901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el soporte del transporte no asistencial ambulatorio de la persona.
SO5902	El ticket de transporte no corresponde a la persona atendida
SO61	Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud
Nota	<p>Aplica cuando la ERP identifica inconsistencias en el relacionamiento de los datos reportados frente a la atención prestada o frente a lo contratado, que no afectan el valor monetario facturado. Estas glosas relacionadas con la calidad del dato deben subsanarse con la generación de una Nota de Ajuste de RIPS.</p> <p>Las validaciones realizadas previas al proceso de radicación de la factura de venta en salud establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social no podrán ser objeto de glosa por parte de la entidad responsable de pago.</p> <p>La entidad responsable de pago debe formular y comunicar la glosa, especificando cada uno de los campos inconsistentes para que el prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías en salud subsane la glosa. No se podrá formular esta causa sobre campos de datos diferentes a los inicialmente glosados, salvo si persiste error en alguno de los campos glosados.</p>
SO6101	En el caso de que uno o varios campos de RIPS presente inconsistencias con la atención prestada
SO6102	En el caso de que uno o varios campos de RIPS presente inconsistencias con relación al contrato

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Códigos de glosa por autorización - AU

AU	AUTORIZACIONES
Definición	Aval emitido por la entidad responsable de pago para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud requeridos por la persona, el cual puede ser específico o integral. El número de autorización debe estar registrado en la factura de venta en salud y en el RIPS en los campos definidos en la Resoluciones 510 y 1036 de 2022 o las que las modifique o sustituya.
	Autorización específica: Soporta la causa que motiva la atención delimitada dentro del plan de manejo inicial establecido por el profesional tratante o, para un servicio o tecnología específico o individual, según lo pactado en el acuerdo de voluntades.
	Autorización integral: Soporta la atención de una persona que requiere resolver una condición o condiciones en salud, o para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la prescripción realizada por el profesional tratante. Esta autorización podrá ser dada para uno o varios prestadores de servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud dentro de la red integral e integrada de salud contratada por la entidad responsable de pago.
	Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías en salud facturados por el prestador o proveedor no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable de pago o cuando se cobren servicios y tecnologías en salud con documentos o firmas adulteradas.
	Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas cuando no se obtiene respuesta en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social.
	Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social.
	En los casos de atención de pacientes en condición de urgencia, donde el Centro Regulador de Urgencias y Desastres – CRUE o la entidad que haga sus veces define el prestador de servicios de salud que debe atender el paciente, se consideran autorizadas y no aplica glosa.
AU01	Estancia
AU0101	El número de días en habitación que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con los días autorizados
AU0102	El servicio de internación donde se produjo la estancia no corresponde al autorizado
AU02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
AU0201	El número de consultas, interconsultas o atenciones (visitas) domiciliarias que vienen relacionadas en la factura de venta en salud presenta diferencia con las autorizadas
AU0202	La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria relacionada o justificada en los soportes de la factura de venta en salud no corresponde a la autorizada
AU03	Honorarios profesionales en procedimientos
AU0302	Los honorarios profesionales relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponde a la autorizada
AU0303	La entidad responsable de pago emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la IPS está facturando a su nombre estos honorarios
AU06	Dispositivos médicos
AU0601	El número de dispositivos médicos que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado, sin la debida justificación
AU0602	Los dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden a los autorizados, sin la debida justificación
AU07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
AU0701	El número de unidades de la forma farmacéutica que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

AU0702	La forma farmacéutica que vienen relacionada en la factura de venta en salud presenta diferencia con la autorizada
AU0703	El principio activo que viene relacionado en la factura de venta en salud presenta diferencia con el autorizado
AU0704	La concentración que viene relacionada en la factura de venta en salud presenta diferencia con la autorizada
AU08	Apoyo diagnóstico
AU0801	El número de apoyos diagnósticos que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU0802	Los apoyos diagnósticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden con los autorizados
AU21	Número de autorización
Nota	Aplica como glosa total
	Cuando la entidad responsable de pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto.
	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización.
	No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico o intervencionista debidamente autorizado, el profesional considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas.
AU2103	El número de la autorización registrado en la factura de venta en salud o RIPS no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada
AU23	Otros procedimientos no quirúrgicos
AU2301	El número de procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU2302	El procedimiento no quirúrgico relacionado o justificado en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden con el autorizado
AU38	Traslado asistencial de pacientes
Nota	No aplica en el caso de traslado asistencial de pacientes en condición de urgencias
AU3803	El traslado asistencial de pacientes no cuenta con la autorización
AU43	Orden o prescripción facultativa del profesional tratante o autorización de servicios vencida al momento de su dispensación
AU4303	La orden o prescripción facultativa del profesional tratante o el número de la autorización de servicios registrado en los soportes de cobro ha superado el límite de días de vigencia
Nota	Los días de vigencia se calculan desde la prescripción u orden, hasta la prestación o provisión del servicio o tecnología
AU4304	La orden o prescripción facultativa del profesional tratante o el número de la autorización de servicios registrado en los soportes de cobro no corresponde a la autorización, orden o prescripción facultativa reemplazada por vencimiento
AU57	Apoyo terapéutico
AU5701	El número de apoyos terapéuticos que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU5702	Los apoyos terapéuticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden con los autorizados
AU58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
AU5801	El número de procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU5802	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden a los autorizados
AU59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
AU5903	El transporte no asistencial ambulatorio de la persona no cuenta con la autorización

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Códigos de glosa por Cobertura - CO

CO	COBERTURA
Definición	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías en salud que no están incluidos en los planes o coberturas a cargo de las entidades responsables de pago, que hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o están a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los toques
CO01	Estancia u observación de urgencias
CO0101	El número de días en observación o habitación que vienen relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
CO0201	La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliar relacionada en los soportes de cobro no está incluida en la respectiva cobertura
CO03	Honorarios profesionales en procedimientos
CO0301	Los honorarios profesionales relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO04	Honorarios otro talento humano que interviene en la atención
CO0401	Los honorarios de otros profesionales asistenciales relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO06	Dispositivos médicos
CO0601	Los dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
CO0701	Los medicamentos o APME relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO08	Apoyo diagnóstico
CO0801	Los apoyos diagnósticos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO23	Otros procedimientos no quirúrgicos
CO2301	Los procedimientos no quirúrgicos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO38	Traslado asistencial de pacientes
CO3801	El traslado asistencial de pacientes relacionado en los soportes de cobro no está incluido en la respectiva cobertura
CO46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces
CO4601	Se facturan servicios a la entidad responsable de pago sin agotar los toques cubiertos por la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), la ADRES o la entidad que haga sus veces
CO57	Apoyo terapéutico
CO5701	Los apoyos terapéuticos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
CO58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CO5801	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
CO5901	El transporte no asistencial ambulatorio de la persona relacionado en los soportes de cobro no está incluido en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Códigos de glosa por Calidad - CL

CL	CALIDAD
Definición	En este código general se consideran las glosas que están relacionadas con: Pertinencia: Aquellas que se generan por no existir coherencia entre el evento o condición en salud que generó el proceso de atención y los servicios y tecnologías en salud prestados o provistos a la persona, relacionados en los soportes de cobro de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas.
CL01	Estancia u observación de urgencias
CL0101	El cargo por estancia sea en observación de urgencias o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura de venta en salud no es pertinente
CL02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
CL0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado en los soportes de cobro no es pertinente
CL03	Honorarios profesionales en procedimientos
CL0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL06	Dispositivos médicos
CL0601	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
CL0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, no son pertinentes
CL0703	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro incompleto de acuerdo a la orden o la prescripción facultativa
CL08	Apoyo diagnóstico
CL0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL23	Otros procedimientos no quirúrgicos
CL2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos o actividades que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL38	Traslado asistencial de pacientes
CL3801	Los cargos por traslado asistencial de las pacientes que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL53	Atención de urgencia
Nota	Las consultas, procedimientos, medicamentos, dispositivos y otros servicios que se hayan prestado o provisto en el marco de una urgencia que sean sujeto de glosa, tendrán que registrarse con los códigos de aplicación que se encuentran en este código específico
CL5301	Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normativa vigente
CL57	Apoyo terapéutico
CL5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CL5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona
CL5901	Los cargos por transporte no asistencial ambulatorio de las personas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Códigos de glosa por Seguimiento a los Acuerdos - SA

SA	SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS
Definiciones	Son glosas que se aplican, como resultado del seguimiento a los acuerdos de voluntades con el fin de afectar un porcentaje definido del valor de una factura, por conceptos relacionados con la ejecución del contrato, y se aplicará a la factura del periodo siguiente al que se determinó el incumplimiento al acuerdo imputable al prestador de servicios de salud, o a la última factura del acuerdo de voluntades, según corresponda.
	El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios establecidos para el seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades. Ésta deberá ajustarse a los procesos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la definición, seguimiento y evaluación de indicadores que hacen parte del seguimiento del acuerdo de voluntades, según se estableció en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto Único. Reglamentario 780 de 2016 y su reglamentación.
	Independiente de las glosas generadas producto del seguimiento a los acuerdos de voluntades, las partes deben generar planes de mejora que permitan la obtención de los resultados esperados.
	No aplica cuando el incumplimiento de los indicadores sea producto de factores que no sean del alcance y gestión por parte del prestador de servicios de salud o del proveedor de tecnologías en salud.
SA54	Incumplimiento de indicadores de seguimiento
Nota	Aplica a los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas y de alto costo, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
SA5401	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique o sustituya, según lo pactado en el acuerdo de voluntades.
SA5402	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de población materno perinatal, según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique o sustituya, según lo pactado en el acuerdo de voluntades
SA5403	Incumplimiento o falta de evidencia del Cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de las condiciones crónicas y de alto costo, según lo establecido por la normativa vigente y lo pactado entre las partes.
SA55	Ajuste frente a la desviación de la nota técnica
Nota	Aplica en las modalidades de pago prospectivas con base en lo definido en la nota técnica construida al momento de suscribir los acuerdos de voluntades.
	Las partes al momento de suscribir el acuerdo deben establecer el límite inferior y superior de desviaciones admisibles frente a lo previsto en la nota técnica.
SA5501	Disminución en el número de la población inicial a atender en una modalidad de pago prospectiva
SA5502	Disminución en la frecuencia observada en el uso de los servicios y tecnologías en salud frente a lo proyectado en la nota técnica
Nota	No aplica cuando la disminución en la frecuencia es producto de la adecuada gestión de la población asignada
SA56	Incumplimiento de indicadores de calidad, gestión y resultados
Nota	Aplica en los indicadores de estructura, proceso o resultado que se hayan pactado para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades, en los términos establecidos en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y su reglamentación.
	Solo podrán aplicarse glosas posteriores al proceso periódico de seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades y deberán estar ajustadas a las metas, rangos y umbrales de cumplimiento de los indicadores establecidos acorde con el objeto contractual.
SA5601	Incumplimiento de las metas, rangos y umbrales pactados de los indicadores de calidad para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades.
SA5602	Incumplimiento de las metas, rangos y umbrales pactados de los indicadores de gestión para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades
SA5603	Incumplimiento de las metas, rangos y umbrales pactados de los indicadores de resultados en salud para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Tablas de códigos de respuesta

RESPUESTAS A DEVOLUCIONES O GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Definición	Pronunciamiento que el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud da a la devolución o glosa generada por la entidad responsable de pago comunicando su aceptación total, parcial o no aceptación, conforme con los soportes o evidencia aportada.
RE95	Glosa o devolución extemporánea
RE9501	La devolución no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos en el artículo 6 de la presente resolución
RE9502	La glosa no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos por la Ley configurándose la aceptación tácita de la factura de venta en salud
RE96	Glosa o devolución injustificada
RE9601	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud aporta a la entidad responsable de pago la evidencia que demuestra que la devolución es injustificada al 100%
RE9602	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud aporta a la entidad responsable de pago la evidencia que demuestra que la glosa es injustificada al 100%.
RE97	Glosa o devolución totalmente aceptada
RE9701	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud informa a la entidad responsable de pago que la devolución ha sido aceptada al 100%
RE9701	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa ha sido aceptada al 100%.
RE98	Glosa parcialmente aceptada y subsanada parcialmente
RE9801	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa ha sido aceptada y subsanada parcialmente
RE998	Glosa no aceptada y subsanada en su totalidad
RE9901	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.
RE22	Respuesta a devolución y glosa extemporánea
RE2201	La entidad responsable de pago informa al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud que la respuesta a la devolución se presenta por fuera de los términos legales, configurándose la aceptación tácita de la devolución.
RE2202	La entidad responsable de pago informa al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud que la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales, configurándose la aceptación tácita de la glosa.

Registro de la información transaccional

Registro de radicación de la factura de venta en salud, los soportes y los documentos asociados: Corresponde a la evidencia del proceso de radicación de que trata el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 modificada por la 2805 de 2022, o la que la modifique o sustituya.

El registro de radicación de la factura de venta en salud y sus documentos asociados, deberá contener:

1. Fecha y hora de registro.
2. Número único de radicación acorde a lo establecido en la Resolución 510 de 2022, modificada por la 2805 de 2022, o aquella que la modifique o sustituya.
3. Número del NIT con el cual se identifique el facturador electrónico en salud correspondiente al campo TO1 del numeral 3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

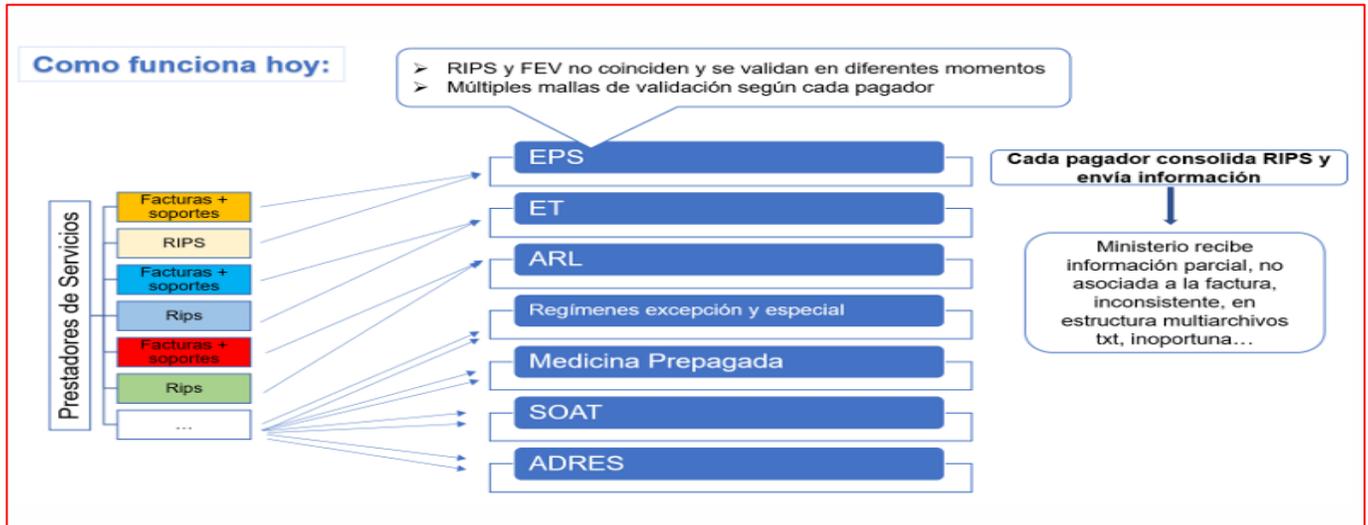
4. Número de la factura de venta en salud afectada coincidente con el validado ante la DIAN y el campo T02 del numeral 3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
5. Tipo de documento: 1. Factura de venta en salud, 2. Nota crédito y 3. Nota débito

Registro de radicación de devoluciones, glosas o respuestas: Corresponde a la evidencia de la comunicación por la entidad responsable de pago de las devoluciones y, glosas, así como las respuestas presentadas por el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud.

El registro de radicación de devoluciones, glosas o respuestas tendrá la siguiente estructura:

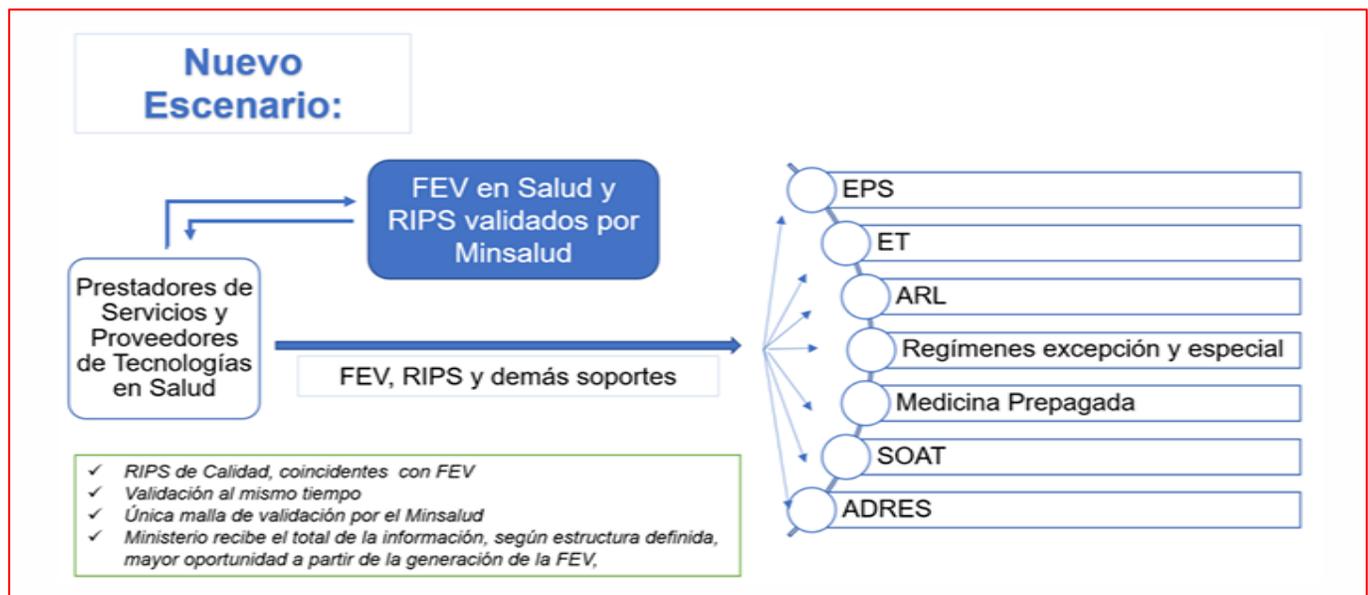
1. Número del registro asignado a la devolución o glosa por la entidad responsable de pago o número del registro asignado para la respuesta por el prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías en salud
2. Número único de radicación de la factura y sus soportes emitido por la entidad responsable de pago acorde a lo establecido en la Resolución 510 de 2022 modificada por la Resolución 2805 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
3. Fecha y hora de registro.
4. Número de la factura de venta en salud afectada, coincidente con el validado ante la DIAN y el campo T02 del numeral 3.1 del anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
5. Campo U10 del numeral 3.2 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, al que pertenece el registro de la persona a la que se está realizando la devolución, glosa o respuesta.
6. Consecutivo del registro del servicio o tecnología objeto de devolución, glosa o respuesta, perteneciente a la persona según lo descrito en el numeral 3.3 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya, según el servicio o tecnología a la que corresponda.
7. Código de la causa de devolución, glosa o respuesta
8. Valor objeto de la devolución, glosa o respuesta
9. Complemento descriptivo sobre la devolución, glosa o respuesta.

Estado actual factura-RIPS según la Res. 3374/00 - RIPS sin FEV



Fuente: web [FEV RIPS](#)

Nuevo Escenario, con la Resoluciones 2275 de 2023 y 558 de 2024 - RIPS con FEV



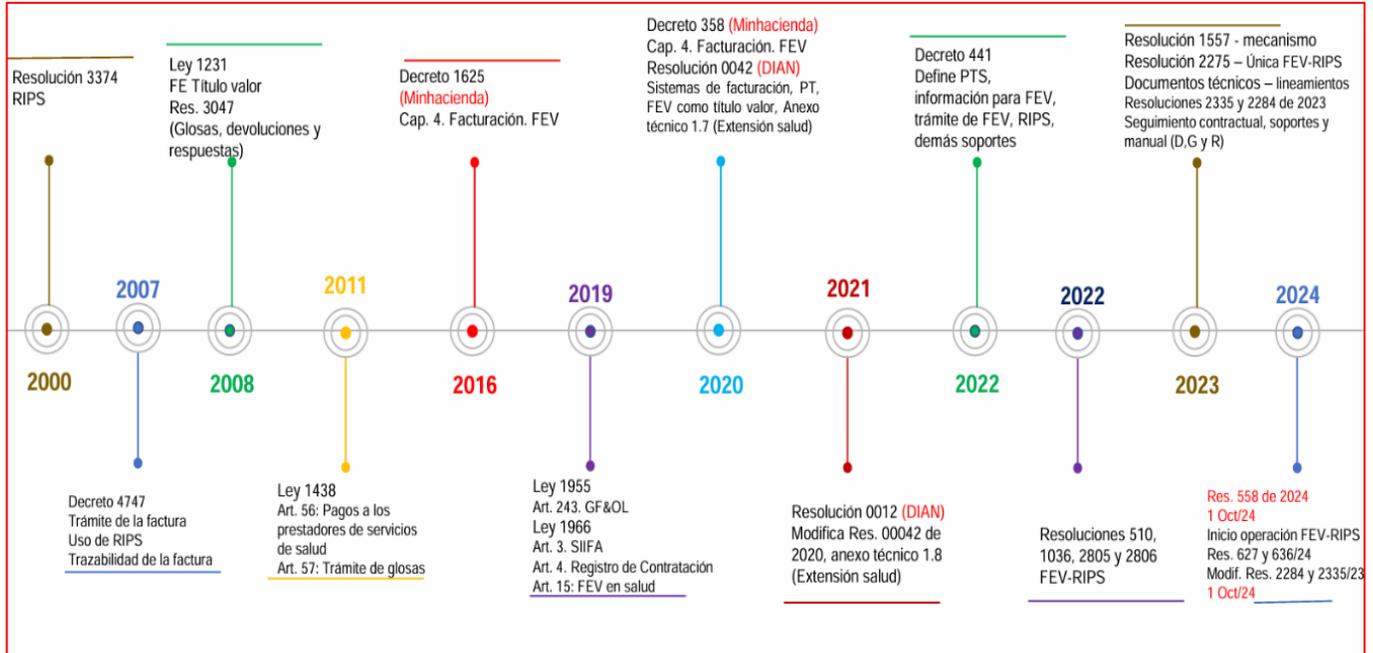
Fuente: web [FEV RIPS](#)

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Para la comprensión del complejo marco normativo que regula la FEV-RIPS, se aporta infografía del marco normativo que aporta el Ministerio de la Salud en la página web FEV-RIPS.

Normatividad

LINEA DE TIEMPO – FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EN SALUD Y RIPS



Fuente: web FEV RIPS

De la infografía se observa que la resolución 3374 de 2000, es la norma que está vigente en la actualidad para efecto de la elaboración, validación y reporte de los RIPS; en el 2007 se expidió el Decreto 4447, que estuvo vigente hasta el mes de junio de 2022, cuando fue derogado por el Decreto 441, la Ley 1231 de 2008 elevó la factura como título valor y se expidió la resolución 3047 que regulaba los soportes, los códigos de glosas, devoluciones y las respuestas; en el 2011, se expide la Ley 1438/11, que define los tiempos de pagos y el trámite de las glosas; para el 2016, se expide por parte del Ministerio de Hacienda el Decreto 1625 en la cual se define la factura electrónica de venta, para el 2019 se expide la Ley 1955 en su artículo 243, se adiciona como integrantes del sistema general de seguridad social en salud, a los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, también se expide por el congreso de la república la Ley 1966 en la cual en su artículo 3°. Se define el sistema integral de información financiera y asistencial, artículo 4° define el registro de contratación de servicios y tecnologías de salud y artículo 15° definido que todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud. Deberán presentarla, al

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

mismo tiempo ante la DIAN y la entidad responsable de pago con sus soportes en el plazo establecido en la ley; para el 2020 el ministerio de hacienda reglamenta la FEV, expide el Decreto 358, y se expide por la DIAN la Resolución 042 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 extensión salud; para el año 2021 la DIAN expide la resolución 012 se modifica el anexo técnico de la resolución 042 de 2020; en el año 2022 se expide por parte del Ministerio de la Salud el Decreto 441, que define los Proveedores de tecnologías en salud -PTS, donde se define que toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades, tramite para la factura electrónica de venta FEV, los RIPS y los soportes, se expide por el Ministerio la resolución 510, 1036, 2805 y 2806, se define la factura electrónica y los RIPS como soporte incluyendo la transmisión de los datos; en el 2023 se expide la Resolución 1557, Por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones, la Resolución 2275, Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones, la Resolución 2335, Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones, la resolución 2284, Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones; final mente para el 2024, se expide la resolución 558, Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación, se expide la resolución 627, Por la cual se modifica la Resolución 2284 de 2023 respecto de su transitoriedad, la resolución 636, Por la cual se modifica la Resolución 2335 de 2023 en cuanto a su transitoriedad, la cual se extendió hasta el 01 de julio de 2025.

No obstante, a las normas acusada en la infografía del Ministerio se tienen que revisar lo contenido en la externa 021 de 2024, en la cual se estableció entrada en operación gradual y progresiva de las disposiciones contenidas en las Resoluciones 2284 y 2335 de 2023 al tenor de la transitoriedad establecida en sus modificatorias, para lo cual estableció tres grupos así:

- Grupo 1: prestadores con servicios de alta complejidad a partir del 1° de febrero de 2025.
- Grupo 2: prestadores con servicios de mediana complejidad a partir del 1° de abril de 2025.

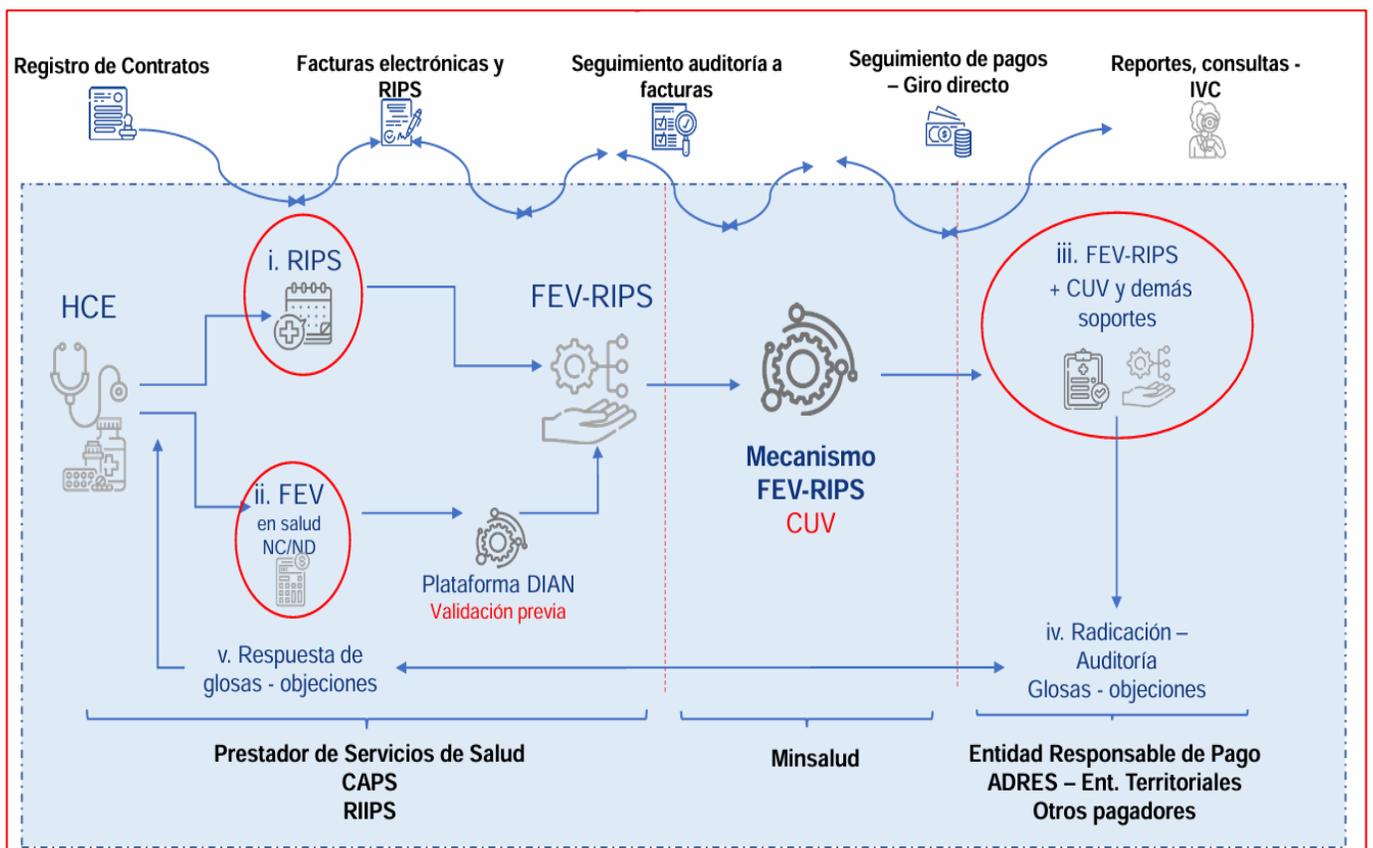
CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

- Grupo 3: restante de prestadores con servicios de baja complejidad y Proveedores de Tecnologías en Salud involucrados a partir del 1° de junio de 2025.

Lo que nos lleva a que la E.S.E, se encuentra en el grupo 3, por lo que el nuevo marco normativo será obligatorio a partir del 01 de junio de 2025.

Proceso de la validación de los RIPS.

Para hacer frente a este nuevo proceso se usará la infografía que emitió el ministerio en la página web FEV-RIPS.



Fuente: página web FEV-RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Definición de SIIFA:

El Decreto 0228 de febrero de 2025, a través del cual se reglamenta la implementación del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA).

El SIIFA se convierte en el mecanismo que va a transparentar la información financiera, administrativa y de atención en salud, para agilizar la transmisión y evaluación de los datos que registren EPS, IPS, ADRES y otros actores del sector salud.

Su funcionamiento se hará a través de un portal de registro electrónico que posibilitará la trazabilidad de las transacciones realizadas entre los distintos agentes del sector salud y agilizará el flujo de recursos utilizados en el proceso de atención en salud para una mayor transparencia.

El Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, estará conformado por diferentes módulos entre los que se encontrará la información de registro de contratación de servicios y tecnologías de salud, la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y el Registro Individual de Prestación de servicios de Salud- RIPS, así como el seguimiento al proceso de facturación y pagos

En el SIIFA reposarán datos sobre acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de factura electrónica de Venta en Salud y RIPS, así como de registros de radicación, devoluciones, glosas, objeciones o respuestas producto de auditorías de las Facturas Electrónica de Venta y pagos realizados por la Entidades Responsables de Pago -ERP y demás pagadores, la liquidación de anticipos y valores de giro directo.

En el SIIFA intervendrán MINSALUD – SIIFA, la DIAN con el – URL la factura electrónica de venta FEV y Minsalud con los RIPS en lenguaje JSON, para una menor comprensión se adjunta la infografía que realizó el Ministerio de la Salud, en la cual se muestra cómo se integran la FEV en salud y el RIPS.

Módulos del SIIFA

1. **Registro de Contratación** de servicios y tecnologías en salud.
2. **Factura Electrónica de Venta (FEV) y RIPS**, integrados al mecanismo único de validación.
3. **Seguimiento a Facturas:** incluye radicaciones, devoluciones, glosas y objeciones.
4. **Seguimiento a Pagos:** incluye los pagos realizados por las Entidades Responsables de Pago (ERP) y los giros directos efectuados por la ADRES.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Además de los módulos, el Ministerio publicará un Manual de Usuario General, y toda la documentación técnica será gestionada y actualizada por un Comité Técnico Interinstitucional, con participación permanente de la ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Tabla de eventos y plazos de reporte en el SIIFA

Módulo	Evento que activa el reporte	Plazo máximo para reporte	Actor responsable
Registro de Contratación	Contratos vigentes al 1 jul 2025	Según cronograma por grupo	ERP / Otros pagadores
Verificación de contratos	Registro por parte de la ERP	20 días hábiles	IPS / Proveedores
Modificación o liquidación	Suscripción posterior a fecha límite	5 días hábiles	ERP
FEV – RIPS	Radicación de factura o nota	5 días hábiles	Prestadores y proveedores
Seguimiento a Facturas	Glosa, devolución u objeción	5 días hábiles	ERP / IPS / Proveedores
Seguimiento a Pagos	Transferencia o giro realizado	5 días hábiles	ERP y ADRES

Fuente: Proyecto de Resolución implementación SIIFA

Responsabilidades, interoperabilidad y fiscalización: implicaciones clave para los actores

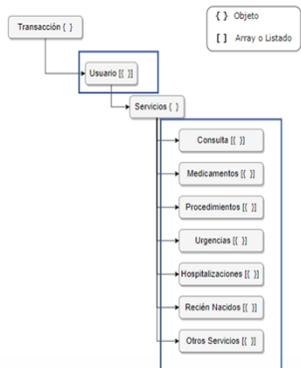
El proyecto de resolución establece de forma detallada las **responsabilidades diferenciadas** para los agentes involucrados:

- Las **ERP y pagadores** deben registrar contratos, glosas, facturas y pagos (excepto giros de la ADRES).
- Las **IPS y proveedores de tecnologías** deben verificar contratos, responder glosas y confirmar la información.
- La **ADRES** registrará los pagos efectuados mediante giro directo.
- El **Ministerio de Salud** garantizará la operatividad del sistema, publicará los manuales y brindará soporte técnico.
- La **Superintendencia Nacional de Salud** podrá acceder al SIIFA para fines de inspección, vigilancia y control, y actuar ante posibles incumplimientos.

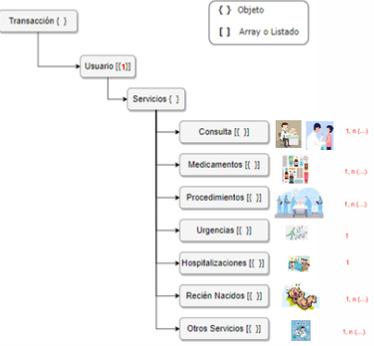
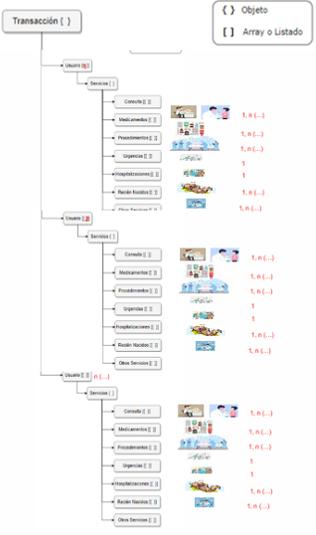
En términos técnicos, el SIIFA requerirá **interoperabilidad con sistemas de historia clínica, contabilidad, facturación y compras**, lo que implica un esfuerzo importante de adaptación para muchas entidades. Las credenciales de acceso estarán asociadas a los roles de cada actor y el sistema estará alojado en una infraestructura de alta disponibilidad, con respaldo en la nube, protocolos de seguridad y monitoreo en tiempo real.

Además, el tratamiento de la información personal dentro del SIIFA deberá cumplir estrictamente con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, garantizando los principios de confidencialidad, integridad, veracidad y disponibilidad de los datos. Estos criterios serán exigibles para todas las entidades que reporten al sistema, como condición técnica esencial para la calidad del dato.

Cómo se integran la FEV en salud y el RIPS

<p>MINSALUD – SIIFA Registro de Contratos numDocumentoIdObligado</p>  <p>Código del prestador de servicios de salud Modalidades de pago Cobertura o plan de beneficios Número de contrato (...)</p>	<p>DIAN - URL. FEV numDocumentoIdObligado numFactura</p> <p>DIAN - URL. FEV SALUD - XML Código del prestador de servicios de salud Modalidades de pago Cobertura o plan de beneficios Número de contrato o Número de póliza Pagos moderadores (Copago, Cuota moderadora, Pagos compartidos en planes voluntarios de salud) Fecha de inicio del periodo de facturación Fecha final del periodo de facturación</p>	<p>MINSALUD - RIPS - JSON Datos relativos a la transacción T01 numDocumentoIdO T02 numFactura T03 tipoNota T04 numNota</p> <p>Datos relativos a los usuarios Datos de las consultas Datos de los procedimientos Datos de la urgencia con observa Datos de hospitalización Datos de recién nacidos Datos de medicamentos Datos de otros servicios</p> 
FEV MULTIUSUARIO o FEV MONOUSUARIO		RIPS MULTIUSUARIO o RIPS MONOUSUARIO

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

<p>FEV MONOUSUARIO / RIPS MONOUSUARIO</p> <p>DIAN - URL. FEV numDocumentoIdObligado numFactura</p> <p>DIAN - URL. FEV SALUD - XML Código del prestador de servicios de su Modalidades de pago Cobertura o plan de beneficios Número de contrato o Número de póliza Pagos moderadores (Copago, Cuota m Cuota de recuperación, Pagos compa planes voluntarios de salud) Fecha de inicio del periodo de facturac Fecha final del periodo de facturación</p> 	<p>FEV MULTIUSUARIO/ RIPS MULTIUSUARIO</p> <p>DIAN - URL. FEV numDocumentoIdObligado numFactura</p> <p>DIAN - URL. FEV SALUD - XML Código del prestador de servicios de salud Modalidades de pago Cobertura o plan de beneficios Número de contrato o Número de póliza Pagos moderadores (Copago, Cuota moderadora, Cuota de recuperación, Pagos compartidos en planes voluntarios de salud) Fecha de inicio del periodo de facturación Fecha final del periodo de facturación</p> 
---	---

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Generalidades – FEV EN SALUD – RIPS RES. 2275/23

MODULOS DEL MECANISMO UNICO DE VALIDACION	USOS
Factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte	Facturación tradicional
Nota crédito total de la factura electrónica de venta en salud	Devolución de la FEV
Nota crédito parcial de la factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte	Aceptación de glosas
Nota débito de la factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte	Servicios no facturados (opcional)
Nota ajuste de RIPS	Aceptación de glosas por calidad del dato (no afectan valor)
RIPS sin factura	Entidades con Objeto Social Diferente y Otras (sin cobro)
Nota crédito sin RIPS	Aceptación de glosas por seguimiento - No afectan RIPS
Factura cápita y RIPS soporte	Exclusivo para capita - 1ra. FEV se radica sin RIPS

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

Definiciones Resolución 2275/23

- Código Único de validación: CUV
- Conjunto de archivos de información
- Notas de ajuste al RIPS
- Prestación individual de servicios y tecnologías en salud
- Reglas de validación
- Validación única

Proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV

RIPS: Conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud a los usuarios. Se usa en la prestación o provisión, en la facturación y en los procesos de dirección, regulación y control. La estructura se define en el Anexo 1 de esta resolución (Res. 2275/23).

Datos del RIPS

1. Datos relativos a la transacción
2. Datos relativos a los usuarios
3. Datos relativos a los servicios, tecnologías y valores facturados
 - 3.1 Datos de las consultas
 - 3.2 Datos de los procedimientos
 - 3.3 Datos de la urgencia con observación
 - 3.4 Datos de recién nacidos
 - 3.5 Datos de medicamentos

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

3.6 Datos de otros servicios

Fuentes de los datos

1. Historia clínica
2. Registros asistenciales para intervenciones colectivas
3. Servicios de información de medicamentos o de dispositivos médicos para los PTS
4. Factura de venta de servicios y tecnologías en salud

Obligatoriedad del reporte

- Facturadores electrónicos deben reportar el RIPS como soporte de la FEV con validación previa de la DIAN.
- Si se realizan NC, ND, deben actualizarse los RIPS y deben ser validados y enviados a las ERP y demás pagadores.
- Si hay glosas relacionadas con los RIPS que no afectan el valor de la factura, se deben ajustar los RIPS y enviarlos al pagador.
- Entidades con objeto social diferente obligadas a reportar RIPS sin factura, deben transmitir la información al mecanismo único de validación a más tardar dentro de los 5 primeros días calendario del mes siguiente.
- Parágrafo 1: Los actores no pueden modificar los datos, ni la estructura ni las especificaciones técnicas.
- Parágrafo 2: ERP no podrán solicitar estadísticas o reportes consolidados que puedan ser obtenidos de los datos de RIPS.
- Parágrafo 3: En contratos por capitación los RIPS corresponden a los servicios del mes anterior.

Procesos informáticos en los facturadores electrónicos

1. Generación o actualización de datos
 - 1.1 Ajustar formas de registro que incluyan contenido y estructura definidos
 - 1.2 Hacer registro con la prestación
 - 1.3 Garantizar confiabilidad, calidad, oportunidad y validez de los datos, así como su almacenamiento
 - 1.4 Garantizar que al momento de generar o actualizar el dato, cumpla con las condiciones de contenido, estructura y relación
2. Validación local
3. Transferencia de archivos al Ministerio
4. La plataforma del mecanismo único de validación realizará las validaciones de segundo nivel y si son superadas generará el CUV

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Proceso de facturación electrónica de venta en el sector salud

- Campos de datos adicionales a la generación de la FEV: Anexo Técnico 2
- Trazabilidad de la factura de venta de los servicios y tecnologías de salud. FEV, NC, ND con el CUV serán enviados a la ERP u otro pagador y deben transmitirse a la plataforma del mecanismo único de validación
- Fuente de información para el diligenciamiento de los datos adicionales del sector salud y el trámite de FEV: RIPS y acuerdos de voluntades
 - Si no hay acuerdo de voluntades, los pagadores deben suministrar la información necesaria al prestador para el diligenciamiento de los campos adicionales.
 - Los datos de identificación de los usuarios y el detalle administrativo y asistencial de los RIPS deben corresponder con los datos de la FEV
 - Los pagadores no pueden modificar o adicionar los campos adicionales

Proceso de radicación de la FEV

- Prestadores deben radicar FEV validada por la DIAN, RIPS con CUV y demás soportes dentro de los 22 días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la FEV
- Pagadores deben generar automáticamente el número único de radicación con fecha y hora, momento a partir del cual se entiende radicada. Dichos datos serán informados al prestador conforme el mecanismo establecido entre las partes y al Minsalud a través del mecanismo que éste determine.
- Si no se radica dentro de los 22 días hábiles, prestador debe anular la FEV y expedirá nueva FEV
- Las partes deben contar con procesos automatizados y en línea que contengan la trazabilidad cronológica de la transferencia de la información y el acuse de recibo, conforme ley 527 de 1999 o norma que la sustituya.

Mecanismo único de validación

Es el conjunto organizado de procesos, sistemas de información, entidades y personas que deben aplicar los facturadores electrónicos para cumplir con la validación única del RIPS como soporte de la FEV y realizar su envío al Minsalud.

Se compone de:

- Sistema de información de validación y envío de archivos
- Proceso de registro o actualización de entidades
- Proceso de disposición de datos

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Sistema de información de validación del RIPS y envío de archivos

Solución tecnológica del Mecanismo único de validación, desarrollado por el Minsalud para la certificación del cumplimiento de las condiciones técnicas y requerimientos funcionales establecidos en esta Resolución, que permite recepción, validación y transmisión del RIPS como soporte de la FEV, NC, ND, NA o RIPS sin FEV y FEV sin RIPS

Dos alternativas:

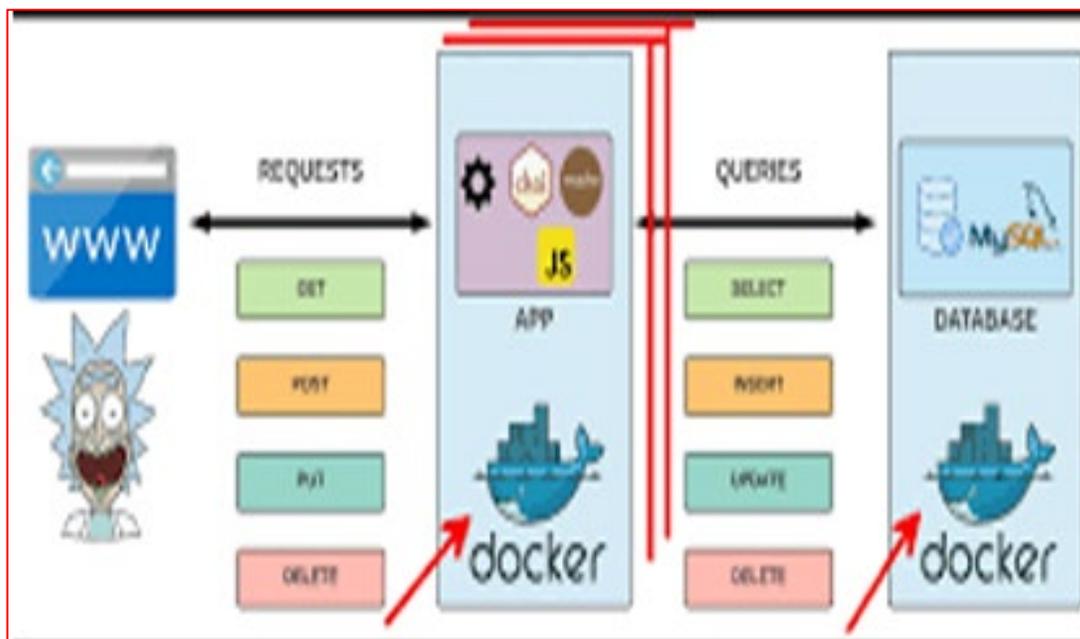
Tipo A: Cliente/servidor

Tipo B: Solución tecnológica tipo API RESTFUL.

Características y requisitos tecnológicos se disponen en micrositio de FEV en salud:

Pages - [Facturación Electrónica](#)

<https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>



Fuente: Pagina web FEV-RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Actividades comprendidas en el procesamiento de la información:

1. Recepción de FEV, NC o ND validada por DIAN y RIPS
2. Validación del RIPS
3. Verificación de la relación de la FEV, NC o ND con el RIPS soporte de las mismas
4. Validación de las NA cuando aplique
5. Validación de RIPS sin FEV cuando aplique
6. Generación CUV
7. Disposición al facturador electrónico del resultado de las validaciones
8. Parágrafo: Minsalud será el encargado de disponibilidad, seguridad y actualización.

Campos de la Resolución 3374 de 2000 VS datos de la resolución 2275 de 2023

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
CT	COD PRESTADOR					NO EXISTE EN 2275
	FECHA REMISION					
	COD ARCHIVO					
	TOTAL DE REGISTROS					

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
TRANSACCION	COD PRESTADOR		TRANSACCION	T01	NIT FACTURADOR	
	RAZON SOCIAL			T02	NUM FEV	
	TIPO ID			T03	TIPO NOTA	
	NUMERO ID			T04	NUM NOTA	
	NUMERO FX					
	FECHA FX					
	FECHA INICIO					
	FECHA FINAL					
	COD ERP					
	NOMBRE ERP					
	NUM CONTRATO					
	PLAN BENEFICIOS					
	NUM POLIZA					
	VR TOTAL PAGO COM					
	VR COMISION					
	VR TOTAL DESCUENTOS					
	VR NETO A PAGAR					

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
USUARIOS	TIPO ID		USUARIOS	U01	TIPO ID	
	NUM ID			U02	NUM ID	
	COD ERP			U03	TIPO US	
	TIPO US			U04	FECHA NACIMIENTO	
	PRIMER APELLIDO			U05	COD SEXO	
	SEGUNDO APELLIDO			U06	COD PAIS RESIDENCIA	
	PRIMER NOMBRE			U07	COD MUN RESIDENCIA	DIVIPOLA DPTO Y MUNICIPIO
	SEGUNDO NOMBRE			U08	COD ZONA	
	EDAD			U09	INCAPACIDAD	
	UNIDAD MEDIDA EDAD			U10	CONSECUTIVO	
	SEXO			U11	COD PAIS ORIGEN	
	COD DPTO					
	COD MUNI					
	ZONA RESIDENCIA HABITUAL					

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

**CÓDIGO:
FACTURACIÓN -M-01**

**Manual Interno del Proceso de Facturación,
Liquidación, Radicación de Facturas
Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones**



Versión: 01

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
CONSULTA	NUM FX		CONSULTAS	C01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR			C02	FECHA INICIO	FECHA Y HORA DE LA CONSULTA
	TIPO I USUARIO			C03	NUM AUTORIZACION	
	NUM USUARIO			C04	COD CONSULTA	
	FECHA CONSULTA			C05	MODALIDAD	
	COD CONSULTA			C06	GRUPO SERV	
	FINALIDAD CONSULTA			C07	COD SERV	
	CAUSA EXTERNA CONSULTA			C08	FINALIDAD	
	COD DX PPL			C09	CAUSA EXTERNA	
	COD DX REL 1			C10	COD DX PPL	
	COD DX REL 2			C11	COD DX REL 1	
	COD DX REL 3			C12	COD DX REL 2	
	TIPO DX PPL			C13	COD DX REL 3	
	VR CONSULTA			C14	TIPO DX PPL	
	VR CUOTA MODERADORA			C15	TIPO ID PROFESIONAL	
	VR NETO A PAGAR			C16	NUM ID PROFESIONAL	
				C17	VR SERVICIOS	
				C18	CONCEPTO RECAUDO	
				C19	VR PAGO MODERA	
				C20	NUM FEV PAGO MOD	
				C21	CONSECUTIVO	

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
PROCEDIMIENTOS	NUM FX		PROCEDIMIENTOS	P01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR			P02	FECHA INICIO	FECHA Y HORA DEL PROCEDIMIENTO
	TIPO I USUARIO			P03	ID MIPRES	
	NUM USUARIO			P04	NUM AUTORIZACION	
	FECHA PROCEDIMIENTO			P05	COD PROCEDIMIENTO	
	NUM AUTORIZACION			P06	VIA INGRESO	
	COD PROCEDIMIENTO			P07	MODALIDAD	
	AMBITO REALIZACION			P08	GRUPO SERV	
	FINALIDAD			P09	COD SERV	
	PERSONAL QUE ATIENDE			P10	FINALIDAD	CAMBIAN VALORES
	DX PPL			P11	TIPO DOC ID PROFESIONAL	
	DX REL 1			P12	NUM ID PROFESIONAL	
	COMPLICACION			P13	COD DX PPL	
	FORMA REALIZACION CX			P14	COD DX RELACIONADO	
	VR PROCEDIMIENTO			P15	DX COMPLICACION	
				P16	VR SERVICIOS	
				P17	CONCEPTO RECAUDO	
				P18	VR PAGO MODERA	
				P19	NUM FEV PAGO MOD	
				P20	CONSECUTIVO	

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

URG CON OBSERV	NUM FX	URG CON OBSERV	R01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR		R02	FECHA INICIO	FECHA Y HORA INGRESO UN SOLO CAMPO
	TIPO I USUARIO		R03	CAUSA EXTERNA	
	NUM USUARIO		R04	COD DX PPL INGRESO	
	FECHA INGRESO		R05	COD DX PPL EGRESO	
	HORA INGRESO		R06	COD DX REL 1 EGRESO	
	NUM AUTORIZACION		R07	COD DX REL 2 EGRESO	
	CAUSA EXTERNA		R08	COD DX REL 3 EGRESO	
	DX A SALIDA		R09	DESTINO	
	DX REL 1		R10	COD CAUSA MUERTE	
	DX REL 2		R11	FECHA EGRESO	FECHA Y HORA EGRESO UN SOLO CAMPO
	DX REL 3		R12	CONSECUTIVO	
	DESTINO A LA SALIDA		R13		
	ESTADO A LA SALIDA		R14		
	CAUSA BASICA MUERTE		R15		
	FECHA SALIDA		R16		
	HORA SALIDA		R17		

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACION
HOSPITALIZACION	NUM FX		HOSPITALIZACION	H01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR			H02	VIA INGRESO	
	TIPO ID USUARIO			H03	FECHA INICIO	FECHA Y HORA EGRESO UN SOLO CAMPO
	NUM USUARIO			H04	NUM AUTORIZACION	
	VIA INGRESO			H05	CAUSA EXTERNA	
	FECHA INGRESO			H06	COD DX PPL INGRESO	
	HORA INGRESO			H07	COD DX PPL EGRESO	
	NUM AUTORIZACION			H08	COD DX REL 1 EGRESO	
	CAUSA EXTERNA			H09	COD DX REL 2 EGRESO	
	DX PPL INGRESO			H10	COD DX REL 3 EGRESO	
	DX PPL EGRESO			H11	COD COMPLICACION	
	DX REL 1			H12	DESTINO	
	DX REL 2			H13	COD DX CAUSA MUERTE	
	DX REL 3			H14	FECHA EGRESO	FECHA Y HORA EGRESO UN SOLO CAMPO
	DX COMPLICACION			H15	CONSECUTIVO	
	ESTADO A LA SALIDA					
	CAUSA BASICA MUERTE					
	FECHA EGRESO					
	HORA EGRESO					

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

CÓDIGO:
FACTURACIÓN -M-01

**Manual Interno del Proceso de Facturación,
Liquidación, Radicación de Facturas
Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones**



Versión: 01

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
RECIEN NACIDOS	NUM FX		RECIEN NACIDOS	N01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR			N02	TIPO ID RN	
	TIPO ID MADRE			N03	NUM ID RN	
	NUM ID MADRE			N04	FECHA NACIMIENTO	
	FECHA NACIMIENTO			N05	EDAD GESTACIONAL	
	HORA NACIMIENTO			N06	NUM CONSULTA CPN	
	EDAD GESTACIONAL			N07	COD SEXO BIOLOGICO	
	CONTROL PRENATAL			N08	PESO	
	SEXO			N09	COD DX PPL	
	PESO			N10	DESTINO	
	DX RECIEN NACIDO			N11	COD DX CAUSA MUERTE	
	CAUSA BASICA MUERTE			N12	FECHA EGRESO	
	FECHA MUERTE			N13	CONSECUTIVO	
	HORA MUERTE					

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
MEDICAMENTOS	NUM FX		MEDICAMENTOS	M01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR			M02	FECHA INICIO	FECHA Y HORA DISPENSACION UN SOLO CAMPO
	TIPO ID USUARIO			M03	ID MIPRES	
	NUM USUARIO			M04	FECHA DISPENSACION	
	NUM AUTORIZACION			M05	COD DX PPL	
	COD MEDICAMENTO			M06	COD DX RELACIONADO	
	TIPO MEDICAMENTO			M07	TIPO MEDICAMENTO	
	NOMBRE GENERICO			M08	COD MEDICAMENTO	
	FORMA FARAMACEUTICA			M09	NOMBRE MEDICAMENTO	
	CONCENTRACION			M10	CONCENTRACION	
	UNIDAD DE MEDIDA			M11	UNIDAD DE MEDIDA	
	NUMERO DE UNIDADES			M12	FORMA FARMACEUTICA	
	VR UNITARIO			M13	UNIDAD MINIMA DISPENSA	
	VR TOTAL			M14	CANTIDAD MEDICAMENTO	
				M15	DIAS TRATAMIENTO	
				M16	TIPO ID PROFESIONAL	
				M17	NUM ID PROFESIONAL	
				M18	VR UNITARIO	
				M19	VR TOTAL	
				M20	CONCEPTO RECAUDO	
				M21	VR PAGO MODERADOR	
				M22	NUM FEV PAGO MODERA	
				M23	CONSECUTIVO	

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

RESOLUCION 3374 DE 2000			RESOLUCION 2275 DE 2023			
ARCHIVO	CAMPO	OBSERVACION	ARCHIVO	CAMPO	DESCRIPCION	OBSERVACIÓN
OTROS SERVICIOS	NUM FX		OTROS SERVICIOS	S01	COD PRESTADOR	
	COD PRESTADOR			S02	NUM AUTORIZACION	
	TIPO ID USUARIO			S03	ID MIPRES	
	NUM USUARIO			S04	FECHA SUMINISTRO	FECHA Y HORA DISPENSACION UN SOLO CAMPO
	NUM AUTORIZACION			S05	TIPO OS	
	TIPO SERVICIO			S06	COD TECNOLOGIA	
	COD SERVICIO			S07	NOMB TECNOLOGIA	
	NOMBRE SERVICIO			S08	CANTIDAD OS	
	CANTIDAD			S09	TIPO ID PROFESIONAL	
	VR UNITARIO			S10	NUM ID PROFESIONAL	
	VR TOTAL			S11	VR UNITARIO	
				S12	VR TOTAL	
				S13	CONCEPTO RECAUDO	
				S14	VR PAGO MODERADOR	
				S15	NUM FEV PAGO MODERA	
				S16	CONSECUTIVO	

Fuente: Pagina web FEV-RIPS

Reglas de Validación

Validaciones generales: 17 reglas.

Dos reglas de notificación que son: RGV13 medicamentos mismo código y usuario; RGV14: nacimientos múltiples, parto no múltiple

Quince (15) de rechazo: estructura, datos no coinciden con los de FEV; no hay datos de servicios, no corresponde al tipo de dato, no corresponde al tamaño, no corresponde al contenido, usuarios que no aparecen en servicios, sumatoria valor no corresponde al informado en FEV, sumatoria pagos compartidos no corresponde con FEV, más de un facturador de servicios, profesional no aparece en RETHUS o en MIPRES, dos usuarios con los mismos datos, observación sin consulta de urgencias, causa externa distinta en consulta urgencias y observación, servicios a recién nacido a usuario equivocado.

Validaciones por campo

Transacciones: 5 rechazo: NIT, Número FEV

Usuarios: cuatro (4) notificación: No afiliado a EPS, edad vs RN, RN vs sexo, finalidad IVU vs sexo, dos (2) rechazo: fecha de nacimiento vs fecha validación, edad vs tipo documento

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Servicios: veinte (20) notificación: Código habilita vs NIT y REPS; fecha y hora vs periodo, CUPS traslado, CUPS no MIPRES; Valor 0 en evento, valor moderador vs FEV, Fecha y hora de hospitalización, Dx causa muerte, fecha y hora nacimiento vs fecha validación o de egreso, falta ID prescriptores dispositivos y complementarios, CUPS sin AT, FEV sin RIPS debe tener valor distinto a cero Servicios: 37 notificación: CUPS no corresponde a un CUPS de consulta o vs sexo o edad, más de un mismo CUPS por día y paciente, parto sin hospitalización ni observación, sin RN, CUPS no es de AT, CUPS consulta en hospitalización no es de interconsulta, Diagnóstico vs sexo, CUPS vs dx, Pago moderador siendo subsidiado; rango observación, finalidad vs sexo y causa externa, edad gestacional fuera de rango, Peso RN fuera rango, CUPS vs grupo y servicio; CUM IUM no está en tablas.

Campos adicionales XML

- Código del prestador de servicios de salud: Código habilitación
- Modalidades de pago:
- Cobertura o plan de beneficios
- Número de contrato o Número de póliza
- Copago
- Cuota moderadora
- Pagos compartidos en planes voluntarios de salud
- Anticipos
- Fecha de inicio del periodo de facturación
- Fecha final del periodo de facturación
- Código del prestador de servicios de salud: Código habilitación. Verificar en REPS o en tabla de referencia "IPS Código Habilitación"
- Modalidad de pago: Si la factura es multiusuario, TODOS deben ser de la misma modalidad de pago
 - Pago individual por caso/Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
 - Pago global prospectivo.
 - Pago por capitación.
 - Pago por evento.
 - Otra modalidad (especifique)
- Cobertura o Plan de Beneficios:
 - I. Plan de beneficios en salud financiado con UPC
 - II. Presupuesto máximo

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

III. Prima EPS, no asegurados SOAT. (Decreto Ley 2106 de 2019) Aún no reglamentada
Cobertura póliza SOAT v. Cobertura ARL vi. Cobertura ADRES

IV. Cobertura Salud Pública

V. Cobertura Entidad Territorial recursos de oferta (Ley 715 de 01 y Ley 1955 de 19)
43.2.9. cofinanciación de la operación de la prestación de servicios en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de IPS que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, de conformidad con los criterios establecidos por Gobierno Nacional

VI. Urgencias población migrante

VII. Plan complementario en salud

VIII. Plan medicina prepagada

IX. Pólizas en salud

X. Cobertura Régimen Especial o Excepción

XI. Cobertura Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

XII. Particular

- Número de contrato: Si no hay contrato irá vacío. Cuando funcione Portal de Contratación, será el número asignado por el portal
- Número de póliza: de SOAT o de Plan Voluntario
- Copago: valor total efectivamente recaudado del usuario. En facturas multiusuario, debe ser la sumatoria de lo pagado por c/u. (sin signos ni comas. Punto como separador de decimales)
- Cuota moderadora: valor total efectivamente recaudado del usuario. En facturas multiusuario, debe ser la sumatoria de lo pagado por c/u. (sin signos ni comas. Punto como separador de decimales)
- Pagos compartidos. En planes voluntarios de salud. valor total efectivamente recaudado del usuario. En facturas multiusuario, debe ser la sumatoria de lo pagado por c/u. (sin signos ni comas. Punto como separador de decimales)
- Anticipo: Se registra el valor del anticipo que se descontará del valor de la factura
- Fecha inicio del período de facturación. AAAA-MM-DD
- Fecha final del período de facturación: AAAA-MM-DD

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Glosario:

CTC: Comité Técnico Científico

IPAT: Informe del Presunto Accidente de Trabajo

ATEP: Atención por accidente de trabajo o enfermedad profesional

SOAT: Seguro obligatorio de accidentes de tránsito

REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

RGV: Regla de Validación

CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

ADRES Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud.

ERP: Entidad Responsable de Pago.

ET: Entidad Territorial

FEV: Factura Electrónica de Venta

IVC: Inspección Vigilancia y Control

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

PB: Plan de Beneficios.

PM: Presupuesto Máximo

PIC: Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas.

PSS: Prestador de Servicios de Salud.

PTS: Proveedor de Tecnologías en Salud

RIAS: Ruta Integral de Atención en Salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

SIIFA: Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial

SNS: Superintendencia Nacional de Salud.

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

DIAN: Dirección de impuestos y aduanas nacionales

ERP: Entidades responsables de pago y otros pagadores

CUV: Código único de validación

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados

JSON: Es un formato de texto estándar para almacenar y transferir datos estructurados

RETHUS: Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud

XML: Lenguaje de Mercado Extensible

NC: Nota crédito

ND: Nota débito

ND: Nota de ajuste

MUV: Mecanismo Único de Validación de FEV-RIPS

PNID: Plan Nacional de Infraestructura de Datos

EOSD: Entidades con Objeto Social Diferente

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

PBS: Plan de Beneficios en Salud

IUM: Identificador Único de Medicamento

CUM: Código Único de Medicamentos

DCI: Denominación común internacional

CUFE: Código Único de Facturación Electrónica

CÓDIGO: FACTURACIÓN -M-01	Manual Interno del Proceso de Facturación, Liquidación, Radicación de Facturas Electrónicas, Tramite de Glosas y Devoluciones	
Versión: 01		

Bibliografía y webgrafía

Tómese como referencia bibliográfica y webgrafía del presente manual la descrita en el marco normativo que rige los procesos administrativos y procesales de la facturación de servicios de salud del SGSSS, además de las normas vigentes y aplicables a los casos en concreto

Artículo Segundo: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 3099 de 2021 y todas las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y Cúmplase,

Dado en Bosconia Cesar, a los nueve (09) días del mes de junio de dos mil veinticinco (2025).


Ana Sofia Maldonado Torregrosa
Gerente.