

**ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN CAUSAL DE
GLOSAS EN LA ESE HOSPITAL SAN JUÁN DE DIOS DE SANTA FE DE
ANTIOQUIA DURANTE EL AÑO 2009.**

VICTOR JAVIER AGUINAGA RIVERA

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
Medellín-Antioquía
2010**

**ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN CAUSAL DE
GLOSAS EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE
ANTIOQUIA DURANTE EL AÑO 2009.**

VICTOR JAVIER AGUINAGA RIVERA

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud**

ASESOR

Carlos Arroyave Zuluaga

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
Medellín-Antioquía
2010**

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACION

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3. METODOLOGIA

4. PRESENTACIÓN DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.

4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL

4.2 COMPLEJIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

4.3 *PORTAFOLIO DE SERVICIOS*

5. MARCO TEORICO

6. EVOLUCIÓN DE FACTURACIÓN Y GLOSAS EN COLOMBIA

7. FACTURACION

8. IDENTIFICACION CAUSAS MAS FRECUENTES DE GLOSAS

9. RECOMENDACIONES

10. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

11. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1. CAPACIDAD INSTALADA

TABLA 2. REGIMEN CONTRIBUTIVO

TABLA 3.REGIMEN SUBSIDIADO

TABLA 4.POBLACION POBRE VULNERABLE

TABLA 5. OTROS CLIENTES

GLOSARIO

ADMISIÓN: Es el proceso mediante el cual la ESE realiza actividades conducentes a identificar y admitir al usuario a un servicio asistencial. Incluye la captura de información y registro de datos al software de factura.

ÁREA: Es la división interna de los servicios. Se clasifican como asistenciales cuando cumplen actividades científicas y tecnológicas para la prestación de los servicios de salud y administrativas cuando desarrollan tareas relacionadas con la gestión de los recursos y apoyo para la prestación.

AUDITORÍA: Proceso sistemático y organizado de verificación del cumplimiento de los requisitos administrativos y clínicos de las cuentas presentadas por las IPS a las entidades responsables de su pago.

AUDITORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: Evaluación, análisis y recomendaciones para el mejoramiento de los aspectos técnico-administrativos y financieros y de apoyo logístico, relacionados con los procesos de prestación de servicios de salud.

AUDITORÍA CLÍNICA: Evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento, de los aspectos técnicos científicos y humanos relacionados con la evaluación, diagnóstico y conductas tomadas por el equipo de salud del prestador, con respecto al usuario.

AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS: Evaluación sistemática de la factura o documento equivalente, para verificar la coherencia entre los servicios contratados, los efectivamente prestados y lo cobrado.

AUTORIZACIÓN: Es la formalización, mediante un documento o un registro, por parte de la entidad responsable del pago para la Prestación por la IPS de los Servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre las partes.

CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD: Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y que busca la adhesión y satisfacción del usuario.

CICLO ADMINISTRATIVO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Corresponde a las actividades administrativas que tienen como objetivo lograr

el correcto cobro de las cuentas generadas por las atenciones en salud; aunque es un proceso paralelo al acto médico es independiente de este último.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Son los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad.

CUENTA DE COBRO: Es el documento donde se registra el valor total de los servicios prestados a los usuarios en un período de tiempo, soportado por las facturas individuales de pacientes y demás documentos especificados en el contrato de prestación de servicios y/o reglamentación pertinente.

DEVOLUCIÓN: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud e impide dar por presentada la factura, durante la revisión preliminar. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

DOCUMENTO EQUIVALENTE: El documento equivalente a la factura, es aquel documento soporte que reemplaza a la factura, en las operaciones económicas realizadas con no Obligados a facturar (Estatuto tributario)

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

FACTURACIÓN: Proceso sistematizado que permite liquidar los gastos ocasionados en la prestación de los servicios de salud.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía, Cuenta del Ministerio de la Protección Social, que maneja los recursos del Sistema

GARANTÍA DE LA CALIDAD: Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener y/o mejorar la calidad.

GLOSA: Son objeciones parciales que hacen las EPS, EPS-S, ARP y otras entidades a las facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes.

INTERVENTORIA: Es el proceso de supervisión y control que deben hacer las entidades estatales sobre aquellas funciones y competencias que les asigna la normatividad vigente cuando las realizan mediante una relación contractual. Dicho proceso tiene el propósito de verificar durante la ejecución del contrato el avance y cumplimiento de las obligaciones contraídas en términos de oportunidad, utilización de los recursos y la calidad de los bienes o servicios contratados.

OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE: Se considera trámite oportuno cuando la auditoría de las cuentas cumple el tiempo pactado contractualmente entre EAPB y los prestadores, enmarcados en la normatividad vigente.

PAGO POR CAPITALIZACIÓN: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

PAGO POR EVENTO: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

PRESTADOR de SERVICIO de SALUD: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

PROCESO: Es una serie de acciones, sucesos, mecanismos, o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo. También puede ser definido como la secuencia de tareas organizadas, repetitivas que producen un resultado predeterminado, y tienen un solo responsable.

RECOBRO: Actividad de generar cobro a una sede de o de otra ENTIDAD, por servicios prestados a un usuario no afiliado o beneficiario, previo pago de EAPB al proveedor o prestador del servicio.

RECAUDO DE LA CARTERA: Son las actividades de gestión y recuperación de los dineros que le adeudan, las diferentes entidades a la institución, por concepto de prestación de servicios, tanto en plazos corrientes como períodos vencidos.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando dicha vinculación se hace a través de pago de una cotización subsidiada. Art.211 Ley 100 de 1.993.

SERVICIO: Se considera como un bien intangible, inmaterial, que se genera solo en el momento de ser consumido, como algo momentáneo, que no se deja almacenar y que se ve concretado cuando se produce la interacción propia del contacto entre el usuario con su necesidad y el prestador del servicio con el satisfactorio apropiado.

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.

INTRODUCCIÓN

Los cambios que actualmente vive el país en el orden político, social y económico generan una transformación del Estado y de sus instituciones en especial de las prestadoras de servicios de salud en el ámbito nacional. Es ahora la ocasión para que los prestadores mejoren su capacidad de atención y se coloquen en condiciones de penetrar en un mercado más competitivo y con más compromiso para la sociedad.¹

Lo anterior implica cambios en la oferta y en la demanda de servicios de salud, llevando a las Instituciones Prestadoras de Servicios a enfrentar la competencia del mercado y en muchas ocasiones a entorpecer el compromiso social que ha adquirido con la comunidad, por la cantidad de trámites que deben cumplir.²

En este contexto, las cuentas médicas se constituyeron en una herramienta de mayor impacto en la eficiencia de la gestión empresarial. Si la facturación de las instituciones fuera oportuna y efectiva, se lograría el reconocimiento y con ello la gestión para el recaudo sería una tarea más fácil con la cual se pretende captar los recursos necesarios para el funcionamiento; acorde con la programación presupuestal de ingresos, lo que permitiría el desarrollo institucional y la posibilidad de mantenerse con éxito en el mercado.

Por consiguiente habría una disminución en el porcentaje de glosas, siendo estas un punto crítico en las áreas de facturación, al no permitir la recuperación oportuna de los dineros adeudados; puesto que las actividades del proceso de facturación están encaminadas a garantizar que las cuentas de cobro estén debidamente formuladas y soportadas, sean presentadas oportunamente con todos los requisitos exigidos y acordados, no se presenten glosas injustificadas y los servicios prestados hayan sido cobrados correctamente.

Teniendo en cuenta que la auditoría de cuentas médicas se encuentra inmersa dentro del panorama de garantizar la calidad de la atención en salud, se convierte en un proceso enfocado a realizar la evaluación sistemática, continua e integral desde el punto de vista administrativo, financiero y médico.

La interventoría de cuentas médicas busca generar una efectiva y eficiente presentación de las facturas de servicios de salud, ya que dan cuenta del resultado final de la aplicación de criterios técnicos, administrativos y clínicos en la prestación de servicios a los usuarios; es aquí cuando la auditoría y el control de calidad alcanzan su máxima dimensión y exigen de la dirección la aplicación de conceptos técnicos claros desde el proceso de contratación, donde se defina la forma de presentación de las facturas, los soportes clínicos necesarios, las tarifas y los anexos técnicos correspondientes; con el

compromiso de todo el personal administrativo y asistencial para dar cumplimiento a los términos pactados.

Bajo esta perspectiva se caracterizara el proceso de auditoría de cuentas médicas y el comportamiento de las glosas, teniendo en cuenta la información generada en el programa de salud de la Empresa Social del Estado Hospital SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUÍA, identificando las principales falencias para la realización de las recomendaciones conducentes a la implementación de acciones de mejora.

JUSTIFICACION

Las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) día a día se enfrentan a una normatividad cambiante en cuanto a prestación de los servicios como a la auditoría de cuentas, las glosas y devoluciones a ellas que conducen a que las instituciones entren en problemas de tipo financiero por una creciente cartera, lo que conlleva a crisis financiera por iliquidez.

En este contexto es indispensable vender servicios de salud a los diferentes usuarios con calidad, eficiencia, eficacia y efectividad buscando permanecer en el mercado, de ello surge la necesidad de estar actualizado en los cambios de la normatividad.

En muchas instituciones esta situación se agrava por la falta de un proceso estructurado que permita evaluar el comportamiento de la facturación y de las glosas, las causas que las generan y la falta de información sobre el resultado final del proceso de gestión de glosas, dado que no se sabe con certeza en qué proporción se recuperan estas glosas.

Al costo de las glosas se suma el costo representado por la administración de estas, en el que se incluyen los costos directos de personal y los indirectos relacionados con instalaciones, suministros y otros que deben asumirse para dar el trámite pertinente a las glosas y devoluciones.

Hasta ahora se ha manejado el tema de las glosas como algo de mero trámite, sin que se aproveche la información derivada de ellas que evidencia problemas de no calidad que pueden ser intervenidos para mejorar la eficiencia institucional en general.

Es así como el tema de las glosas adquiere especial relevancia y su gestión debe ir mucho más allá del trámite rutinario de recibirlas y tratar de contestarlas justificándolas hasta donde sea posible; es necesario obtener más información que le permita a la institución establecer acciones correctivas para las causas raizales que generan las glosas y que están relacionadas con los procedimientos adoptados por las personas responsables de la prestación de los servicios y de aquellas encargadas de la facturación, reconociendo problemas relacionados con el flujo de información, en razón a que en no pocas oportunidades se desconocen los contenidos de los contratos y las condiciones que deben cumplirse desde el prestador para una efectiva facturación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad en el occidente antioqueño, es el centro de referencia de 18 municipios de baja complejidad de atención en salud ofreciendo un amplio portafolio de servicios a diferentes entidades.

Cuenta con un área logística dentro de la cual se cuenta con los procesos de auditoría médica y a su vez tiene varios dos subprocesos dentro de los cuales está facturación y sistemas; el subproceso de facturación elabora las facturas de cobro que son la mayor fuente de ingresos de la institución. Para la ESE es indispensable vender servicios de salud a los diferentes usuarios con calidad, eficiencia, eficacia y efectividad buscando permanecer en el mercado, de ello surge la necesidad de estar actualizado en los cambios de la normatividad y en generar mecanismos que disminuyan el valor y el número de glosas derivadas de la facturación.

En el año 2009, la ESE Hospital San Juan de Dios le facturo a las entidades responsables de pago la suma de \$7.640.356.178, de los cuales se glosaron \$327.267.197, que corresponden a un promedio mensual de 2.7%, si bien el porcentaje es aceptable de acuerdo a lo que regula la normatividad actual, esta cifra refleja un desgaste, además del problema contable debido a que lo facturado no será igual a lo reconocido y por tanto el recaudo disminuirá.

Con el análisis que se pretende determinar cuáles son las principales causas de glosas e impartir recomendaciones que permitan disminuirlas y optimizar el proceso de recaudo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales causas de glosas durante el año 2009 en la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa fe de Antioquia y establecer mejoras en el proceso de cuentas médicas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Observar el comportamiento de la facturación en la ESE durante el año 2009.
2. Detectar causales de glosas generadas por las principales entidades responsables del pago.
3. Generar recomendaciones para el flujo efectivo de las glosas y buscar con ello el oportuno reconocimiento de las mismas.

3. METODOLOGIA.

Para el desarrollo de este trabajo de grado se realizará un estudio descriptivo retrospectivo de los factores causales de glosa más evidentes en la ESE SAN JUAN DE DIOS de Santa fe de Antioquía en la prestación del servicio de salud, durante el año 2009.

4. PRESENTACIÓN DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL

A solicitud del entonces Gobernador de la Provincia de Antioquia del Nuevo Reino de Granada, don Cayetano Buelta Lorenzana, el Rey Carlos III, mediante Cédula Real fechada el día 26 de julio de 1783, ordenó la creación del primer Hospital de la Provincia de Antioquia, estableciendo que el mismo se financiaría con los diezmos recolectados en las diversas poblaciones de la mencionada provincia.

Dicha medida contó desde el comienzo con la oposición del clero argumentando que las contribuciones (diezmos) impuestas a las diferentes poblaciones resultaban injustas dada la distancia de muchas de ellas del poblado de Antioquia. Finalmente terminó imponiéndose lo ordenado por Cédula Real.

El Hospital tomó el nombre de Hospital Real de San Carlos, funcionando inicialmente en el actual museo de arte religioso, siendo administrado en sus primeros años por sacerdotes, y el cual estaba provisto de cuatro camas y de servicio de botica, careciendo de médicos graduados.

El Hospital funciona en su sede inicial hasta el año de 1829, fecha en la cual se traslada a donde actualmente funciona el Instituto Educativo Arquidiocesano de Occidente.

A mediados del siglo XIX el Hospital adopta el nombre de San Juan de Dios, santo fundador de la orden de los hermanos hospitalarios, beatificado en 1683, canonizado en 1690 y nombrado patrono de los hospitales y de los moribundos por el Papa León XIII.

Finalmente en el mes de mayo de 1977, el Hospital se traslada a la edificación que ocupa actualmente.

4.2 COMPLEJIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia es una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS – del orden municipal, de baja y mediana complejidad en la atención; los servicios que se ofrecen a la comunidad y que se encuentran habilitados se documentan en el portafolio de servicios

4.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

SERVICIOS	HORARIO
ACTIVIDADES DE PYP	LUNES A VIERNES 7AM – 6PM
CONSULTA MEDICO GENERAL Y ENFERMERIA	LUNES A VIERNES 7AM – 6PM
CONSULTA GINECOLOGIA	LUNES A VIERNES 8AM- 4PM
MEDICINA INTERNA	LUNES A VIERNES 8AM- 4PM
<i>CIRUGIA</i>	LUNES A VIERNES 8AM- 4PM

PEDIATRIA	LUNES A VIERNES 8AM- 4PM
ORTOPEDIA	LUNES A VIERNES 8AM- 4PM
OFTALMOLOGIA	LUNES A JUEVES 8AM- 4PM
ANESTESIOLOGIA	LUNES A VIERNES 7AM- 10AM
DERMATOLOGIA	BRIGADAS
UROLOGIA	BRIGADAS
RADIOLOGIA	MARTES, MIERCOLES, VIERNES Y SABADOS 8AM- 4PM
ODONTOLOGIA	LUNES A SABADOS 7AM – 5 PM
NUTRICION Y DIETETICA	LUNES A VIERNES 8AM- 4PM
FISIOTERAPIA	LUNES A JUEVES 8AM- 6 PM
OPTOMETRIA	BRIGADAS
PSICOLOGIA	LUNES A VIERNES 8AM- 10 AM
URGENCIAS	24 HORAS
HOSPITALIZACION ADULTOS	24 HORAS
HOSPITALIZACION PEDIATRICA	24 HORAS
LABORATORIO CLINICO	24 HORAS
RAYOS X	24 HORAS

OTROS SERVICIOS: Apoyo diagnóstico y terapéutico

- Servicio farmacéutico
- ☐ Centro transfusional
- ☐ Endoscopia Digestiva Superior
- ☐ Colonoscopias
- ☐ Rectosigmoidoscopias
- ☐ Cistoscopias
- ☐ Colposcopia Biopsia
- ☐ Ecografía Pélvica, Gestacional, Transvaginal, Hepática y Vías Biliares, Abdominal, Renal, Tiroidea, Tejidos Blandos, Testicular.
- ☐ Terapia Física y Rehabilitación
- ☐ Monitoreo Fetal
- ☐ Habitaciones de Pensionados
- ☐ Procedimientos de Cirugía Estética.

TABLA 1.

CAPACIDAD INSTALADA

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – SANTA FE DE ANTIOQUIA							
PLAN DE DESARROLLO 2009 - 2012							
RECURSO FÍSICO Y CAPACIDAD INSTALADA							
CONCEPTO	AÑO						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	36	37	37	36	36	45	45
CAMAS(CAMILLAS) PARA PROCEDIMIENTOS Y OBSERVACIÓN EN URGENCIAS				12	12	12	12
NUMERO DE CONSULTORIOS PARA CONSULTA EXTERNA	17	17	17	17	17	18	18
NUMERO DE CONSULTORIOS URGENCIAS	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE SALAS DE QUIRÓFANOS	1	1	1	2	2	2	2

SALAS DE PARTOS	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE UNIDADES ODONTOLÓGICAS	5	5	4	4	4	4	4
TOTAL CARGOS DE PERSONAL PROVISIONAL)	95	96	96	102	103	92	93
EMPLEADOS PÚBLICOS	64	65	65	74	75	67	68
TRABAJADORES OFICIALES	20	20	20	20	20	17	17
LIBRE NOMBRAMIENTO Y PERIODO FIJO	11	11	11	8	8	8	8
Nº DE FUNCIONARIOS POR CONTRATO						109	116

5. MARCO TEORICO

NORMATIVIDAD APLICABLE AL PROCESO DE FACTURACIÓN.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA DE 1.991

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se Prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

LEY 10 DE 1990

(ENERO 10)

Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

ARTICULO 1. Servicio público de salud. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley.⁴

LEY 100 DE 1993

(DICIEMBRE 23)

**POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL
Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

ART 152. Establece el sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos objetivos son “Regular el servicio público esencial en salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”

Con la implementación de la Ley 100 de 1.993 se creó la necesidad de que todas las entidades de salud tanto públicas como privadas fueran competitivas, autónomas en su presupuesto, exigiéndoles el mejoramiento y estandarización de procesos que les permitiera obtener una buena gestión gerencial, reflejándose en el aumento de la productividad y márgenes adecuados de rentabilidad de estas empresas.

Art. 185. “Toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”

Art. 225. “Las EPS deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario la factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el SGSSS.

LEY 80 DE 1993

(OCTUBRE 28)

**POR LA CUAL SE EXPIDE EL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN
DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

EL CONGRESO DE COLOMBIA

ART 26. “Los servidores públicos están obligados a buscar el cumplimiento de los fines de la contratación, a vigilar la correcta ejecución del objeto y proteger los derechos de la entidad, del contratista y de los terceros que puedan verse afectados por la ejecución del contrato.” ⁶

DECRETO 1001 DE 1997

(ABRIL 8)

**DIARIO OFICIAL NO. 43.017, DEL 10 DE ABRIL DE 1997
POR EL CUAL SE REGLAMENTAN LOS ARTÍCULOS 616-1, 616-2 DEL
ESTATUTO TRIBUTARIO Y SE
DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

El estatuto Tributario y el decreto 1001 de 1.997 establece la obligatoriedad de expedir factura o documento equivalente, independientemente de que sean contribuyentes o no de los impuestos administrados por la dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, por cada una de las operaciones de venta o prestación de servicios que realicen; dentro de los sujetos mencionados se encuentra los prestadores de servicios de salud.⁷

DECRETO 723 DE 1997

MARZO 14

**POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES QUE REGULAN ALGUNOS
ASPECTOS DE LAS RELACIONES ENTRE LAS ENTIDADES
TERRITORIALES, LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LOS
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD**

DECRETO NÚMERO 046 DE 2000

(ENERO 19)

POR EL CUAL SE ADICIONA EL DECRETO NÚMERO 882 DE 1998, SOBRE MARGEN DE SOLVENCIA, SE MODIFICA EL ARTÍCULO 4° DEL DECRETO 723 DE 1997, LOS ARTÍCULOS 2° Y 19 DEL DECRETO 1804 DE 1999 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES PARA GARANTIZAR LA CORRECTA APLICACIÓN Y DESTINO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD...⁹.

DECRETO NUMERO 050 DE 2003

(ENERO 13)

POR EL CUAL SE ADOPTAN UNAS MEDIDAS PARA OPTIMIZAR EL FLUJO FINANCIERO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 39. Trámite de facturas.

"Una vez radicada y presentada la factura, las EPS-S revisarán y pagarán las cuentas no glosadas dentro de los términos contractuales pactados, sin exceder de 30 días calendario contados a partir de la radicación. Dentro del mismo término y efectuada la revisión integral de la factura, las EPS-S glosarán hasta por una sola vez la cuenta y la notificarán a la IPS.

Las glosas deberán ser resueltas y pagadas por las partes dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que fueron notificadas. En caso de que no se logre el acuerdo dentro del término anterior, se debe recurrir a mecanismos como la conciliación, arbitraje, amigables componedores u otros".

Artículo 42. Pagos por capitación.

"Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud por capitación, las EPS-S pagarán dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el valor mensual correspondiente, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto

de novedades o carnetización, los cuales se harán en el siguiente pago o a más tardar en el momento de la liquidación”.

LEY NÚMERO 1122 DE 2007

(ENERO 9)

POR LA CUAL SE HACEN ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

ART 13, LITERAL D. Las EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad (evento, global prospectivo o GRD) se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. Si no hay objeción o glosa, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del Régimen subsidiado.

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

(DICIEMBRE 7)

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

POR MEDIO DEL CUAL SE REGULAN ALGUNOS ASPECTOS DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN A SU CARGO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 4. Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

A. CAPITACIÓN

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

B. EVENTO

Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, Procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en

salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

C. PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO

Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, Procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados mecanismos de pago para la compra de los servicios de salud.

Artículo 14. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Parágrafo 1. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios.

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

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. Trámite de glosas.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) 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 el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. 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.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Artículo 25. Registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Artículo 26. Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras.

La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerar EPS-Se como

parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor

**RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008
(14 DE AGOSTO)**

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**POR MEDIO DE LA CUAL SE DEFINEN LOS FORMATOS, MECANISMOS
DE ENVÍO,
PROCEDIMIENTOS Y TÉRMINOS A SER IMPLEMENTADOS EN LAS
RELACIONES ENTRE
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y ENTIDADES
RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS
DE SALUD, DEFINIDOS EN EL DECRETO 4747 DE 2007**

ANEXO TÉCNICO NO. 1

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

ANEXO TÉCNICO NO. 2

INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

ANEXO TÉCNICO NO. 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO NO. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO No. 5

SOPORTES DE LAS FACTURAS

A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES:

1. Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

2. Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

3. Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

4. Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el Profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

6. Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.

7. 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. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.

8. Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

9. Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

10. Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la Salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

11. Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

12. Recibo de pago compartido: Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.

13. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT): Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.

14. Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA: Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.

15. Historia clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

16. Hoja de atención de urgencias. Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

17. Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

18. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

B. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO

1. Consultas ambulatorias:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Odontograma.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.

- e. Fotocopia de la fórmula médica.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Lentes:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

8. Atención inicial de urgencias:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

9. Atención de urgencias:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.

- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
- j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

10. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Descripción quirúrgica.
- h. Registro de anestesia.
- i. Comprobante de recibido del usuario.
- j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

11. Ambulancia:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- d. Autorización. Si aplica
- e. Hoja de traslado.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

12. Honorarios profesionales:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.

g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

C. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización. Si aplica.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- i. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

D. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad definidas en el acuerdo de voluntades.

E. EN EL CASO DE RECOBROS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRITUTIVO, LOS SOPORTES DE LAS FACTURAS POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS SERÁN:

1. Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.
- d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.
- e. Original de la orden y/o fórmula médica.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- g. Autorización del Comité Técnico Científico.
- h. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

2. Servicios ordenados por tutelas cuando se haya ordenado el Cumplimiento al prestador:

- a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago

b. Fotocopia del fallo de tutela

3. Cobros por accidentes de trabajo:

- a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.
- b. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente

ANEXO TÉCNICO No. 6

**MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS
DEFINICIONES**

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

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

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

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

Objetivo

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

Elementos de la codificación

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

General	Específico
6	53

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código Concepto

General Aplicación

1	FACTURACION	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	TARIFAS	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados
3	SOPORTES	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles
4	AUTORIZACION	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	COBERTURA	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	PERTINENCIA	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la

		historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	DEVOLUCION	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	RESPUESTA A GLOSA O DEVOLUCIONES	Respuestas a glosas o devoluciones Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la

estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

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

Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico
Código Concepto Específico

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

32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA
47	47 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
53	Urgencia no pertinente.
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ¹
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

TABLA NO. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los Específicos.

GENERAL	ESPECIFICO	DESCRIPCION
FACTURACION	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por

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

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

	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente
Devoluciones	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
	50	Factura ya cancelada
Respuestas a glosas o devoluciones	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ¹
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa no aceptada)

Manual de Uso

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

1. Facturación

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

101	estancia	1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas 2 Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación. en los honorarios médicos post-quirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir
103	Honorarios médicos en procedimientos	1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
104	Honorarios de otros	1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las

		cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir
105	Derechos de sala	1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales Aplica cuando	1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos Aplica cuando	1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	Ayudas diagnósticas	1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o	El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico grupo relacionado por diagnóstico)
110	Servicio o insumo incluido en paquete	El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de

		atención integral de acuerdo con lo pactado
111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado
112	Factura excede topes autorizados	La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas)	Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.
114	Error en suma de conceptos facturados	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura
115	Datos insuficientes del usuario	Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser

		facturados en forma independiente.
117	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
119	Error en descuento pactado	Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
120	Recibo de pago compartido	1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados
122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	1. La factura no tiene la firma del prestador
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección	Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.

	especifica	
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.

2. Tarifas

Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados. 201 Estancia
Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.

202	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos	1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura,

		presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados
206	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados
208	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, Conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados
229	Recargos no pactados	Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

3. Soportes

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

301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia
302	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	Honorarios médicos en procedimientos	1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
304	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
307	Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
308	Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención Integral (caso, conjunto integral de	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o

	atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
333	Copia de historia clínica completa	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	Formato ATEP	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	Orden o	Aplica cuando existe ausencia total o parcial,

	fórmula médica	inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información

4. Autorizaciones

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

Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

401	Estancia	1 el número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados

		y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución.
443	Orden o autorización de servicios vencida	1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
444	Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

5. Cobertura

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

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	Consultas, Interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están

		incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT)	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

6. Pertinencia

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

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	Honorarios médicos en procedimientos	1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

		2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro
605	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

8. Devoluciones

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

816	Usuario o Servicios corresponde a otro plan o responsable.	1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios
-----	--	--

		usuarios, no se puede tramitar parcialmente
817	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos

		en la presente resolución.
849	Factura no Cumple requisitos	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

9. Respuestas a glosas y devoluciones

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

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

ANEXO TÉCNICO NO. 7

ESTÁNDARES DE DATOS PARA LOS ANEXOS TÉCNICOS 1, 2, 3 Y 4

ANEXO TÉCNICO NO. 8

REGISTRÓ CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA

6. EVOLUCIÓN DE FACTURACIÓN Y GLOSAS EN COLOMBIA

En el país actualmente existen Prestadores de Servicios de Salud (PSS), clasificadas de acuerdo a su complejidad (baja, media y alta), que son contratadas por otras entidades como EPS, EPS-S, ENTES TERRITORIALES, DSS, SOAT, ESPECIALES, EXCEPCIONALES, FOSYGA. para la prestación de servicios. Las instituciones deben proveer los servicios que efectivamente estén habilitados, no basta con tener el servicio, se necesita que esté vendido a algún asegurador o responsable que pague por él. Por ello, las fuentes de ingresos por venta de servicios en las ESE están definidas por las contrataciones, así:

La existencia de acuerdo de voluntades por montos fijos periódicos, para atender un grupo poblacional específico y con servicios previamente definidos. Esto se hace con las empresas aseguradoras, a través de mecanismos como el de pago por “capitación” (para el caso de personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud) o pago prospectivo “SGP-S”, con el Estado para recibir las doceavas partes del subsidio a la oferta (para el caso de la población vinculada, que aún no tiene afiliación).

Una recuperación de ingresos por servicios prestados, debidamente facturados y cobrados a las entidades con las que se contrató la atención a sus usuarios asegurados, por el mecanismo del “pago por evento atendido”. Esto ocurre básicamente, con la atención de la población afiliada al sistema en alguna de sus modalidades. De lo anterior es posible concluir que en gran medida el equilibrio de la Empresa se sustenta en la cantidad y calidad de las negociaciones contractuales que realice la ESE.

Lo anterior implica que la cantidad de productos que se utilicen en la prestación del servicio deben generar ingresos. Si no se presenta la demanda esperada de servicios de parte de los usuarios y si se presenta un elevado porcentaje de glosas la ESE no puede asumir un costo fijo, dificultando su permanencia en el mercado.

El buen manejo administrativo del cobro de servicios se verá reflejado en una correcta facturación que se convierte en recursos a recuperar, los cuales deben hacerse efectivos dentro del tiempo establecido. El costo financiero que representa el atraso del pago de una cuenta, afecta el flujo de caja de la ESE

atribuible a la generación de las glosas causadas por alguno de los siguientes aspectos; estas glosas se clasifican en:

SEGÚN SU ORIGEN

GLOSA ADMINISTRATIVA: está relacionada con inconsistencias de orden administrativo; las más frecuentes dentro del sistema de salud en general son:

Falta de acreditación de derechos del usuario.

Documentos sin diligenciar o mal diligenciados (historia clínica, formulario único de accidentes de tránsito, entre otros).

Documentos enmendados o inexistentes (documento de identidad, carné o ficha de SISBEN, entre otros)

Inconsistencias en los soportes anexos a la facturación (historia clínica, formulario único de accidentes de tránsito, documento de identidad, carné o ficha de SISBEN, entre otros).

Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas.

Prestación de servicios por fuera del objeto del contrato.

Procedimiento competencia de otro nivel de atención.

Orden de servicios o facturas sin firma del usuario.

No presentación de la historia clínica para su auditoría.

Atención sin la autorización del asegurador.

Inconsistencia en el cobro de cuotas de recuperación, moderadoras o copagos.

Medicamento por fuera del POS.

Inconsistencias en la facturación del transporte en ambulancia del usuario.

Factura de vigencia anterior.

Servicio no cubierto por el plan de beneficios o no contratado.

GLOSA CLÍNICA: Son generadas por las dificultades en la atención del usuario y los soportes de tipo técnico científico; las más frecuentes dentro del sistema de salud en general son:

Medicamentos por fuera del POS sin justificación del médico tratante.

Actividad o procedimiento no congruente con el diagnóstico definitivo.

Tecnología biomédica no pertinente.

Actividades, procedimientos e intervenciones no realizadas, no registradas en la historia clínica o que no coinciden con soportes clínicos.

Hospitalización no justificada.

Atención ofrecida por personal en formación sin aval del docente.

Atención sin la identificación clara del especialista o del profesional que debe ofrecerla.

Complicación evitable o que amerita investigación.

Inconsistencia en el cobro y soportes de procedimientos cruentos.

Inconsistencia en el cobro y soportes de procedimientos incruentos.

Inconsistencia en la aplicación y/o cobro de medicamentos.

Inconsistencias en la facturación del material medicoquirúrgico.

Inconsistencias en la facturación de la estancia hospitalaria.

Inconsistencias en la facturación de la atención médica y demás profesionales de la salud.

Inconsistencias en la facturación de exámenes de laboratorio.

Inconsistencias en la facturación de imaginología.

Inconsistencias en la facturación de otras ayudas diagnósticas.

Inconsistencias en la facturación de urgencias.

SEGÚN SU CUANTÍA:

GLOSA PARCIAL: cuando solamente se objeta una parte de la factura, ejemplo cuando se encuentran servicios sobre facturado se objeta solamente el mayor valor cobrado o la parte de la factura donde se encontró inconsistencia.

GLOSA TEMPORAL: cuando se presentan inconsistencias que se pueden resolver para proceder a aprobar lo objetado. Ejemplo cuando había inconsistencias en los derechos del usuario que pudieron aclararse y se comprueba que la cuenta es responsabilidad de la aseguradora. En este caso se habla de objeciones.

GLOSA TOTAL: cuando se objeta totalmente la cuenta, ejemplo cuando hay inconsistencia en la identificación del usuario que impidan la aprobación de la factura.

GLOSA DEFINITIVA: cuando el soporte que la IPS presenta no es suficiente o no hay lugar al cobro del servicio, ejemplo cuando se cobra un medicamento que no se aplicó. En este caso lo objetado pasa a ser una glosa.

GLOSA SUBSANABLE: se enmienda completando la documentación o información requerida por la entidad responsable del pago, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.

GLOSA NO PERTINENTE: corresponde a aquella que no se encuentra adecuadamente justificada. En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo.

GLOSA PERTINENTE: corresponde a aquella que es adecuadamente justificada por la entidad contratante.

Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en cuanto a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y darles respuesta en un plazo establecido.

Las glosas más comunes en la ESE Hospital San Juan de Dios de Santafé de Antioquia son:

- Documentos sin diligenciar o mal diligenciados
- Documentos enmendados
- Inconsistencias en los soportes anexos
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cédula, carné
- Falta de información estadística
- Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- Falta de la relación de pacientes
- Falta de documentos

Prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato

- Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.
- Documentos sin firma del paciente.

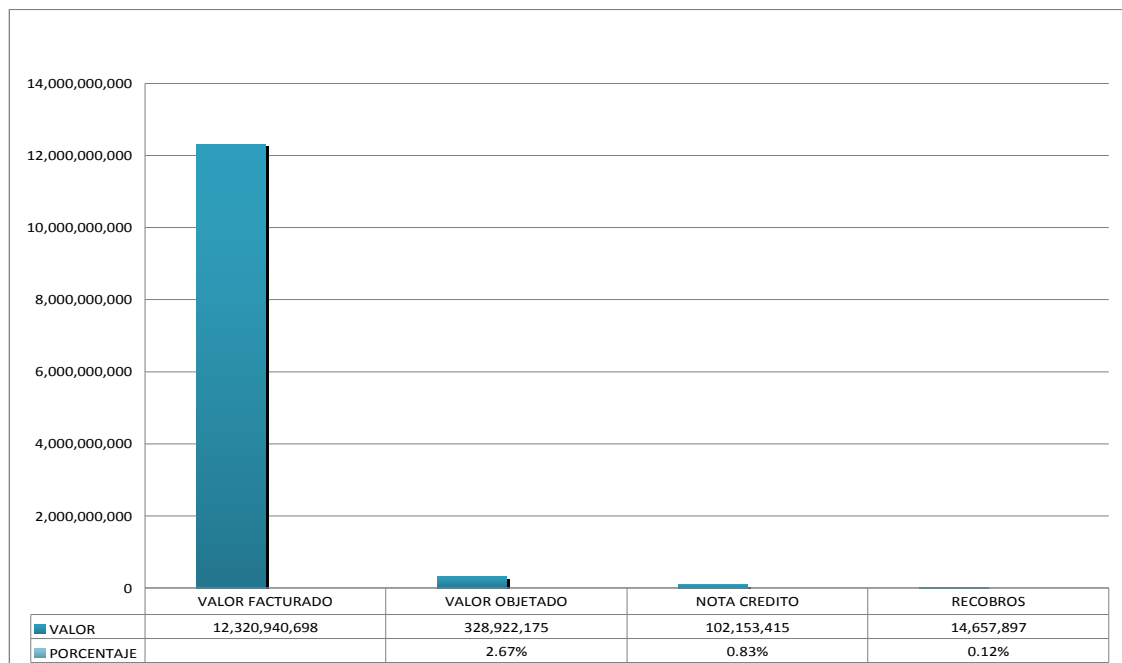
Las cuentas de cobro pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa. Totalmente, si involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la

entidad contratante en la obligación de aceptar y reconocer el pago de los servicios no glosados.

7. FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTAFE DE ANTIOQUIA DURANTE EL AÑO 2009

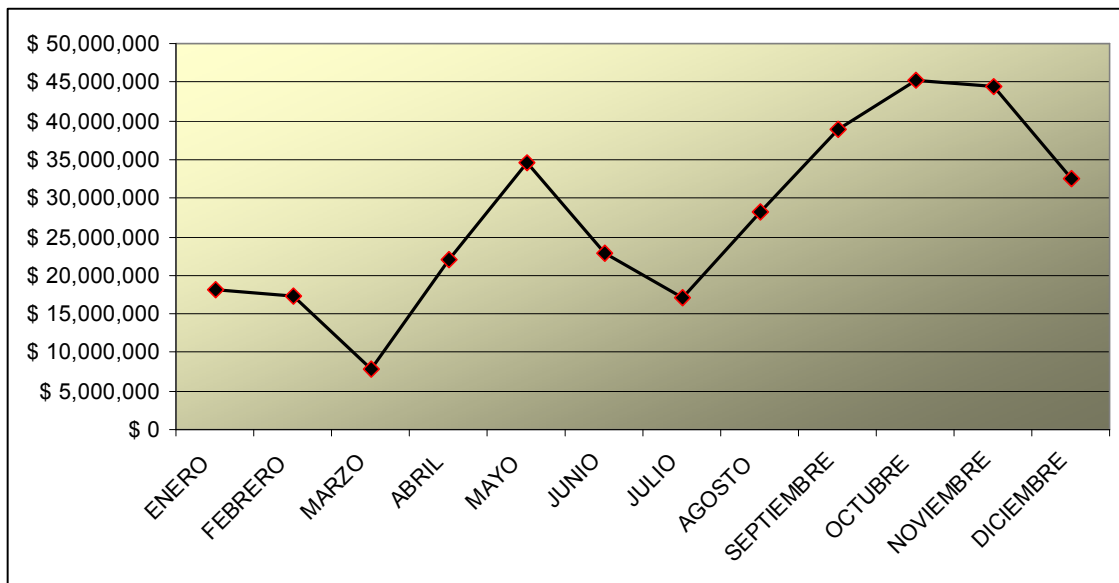
MES	FACTURADO AÑO 2009	GLOSADO AÑO 2009	PORCENTAJE DE GLOSAS VS FACTURA
ENERO	\$ 798.748.968	\$ 18.041.526	2,26%
FEBRERO	\$ 942.508.841	\$ 17.245.541	1,83%
MARZO	\$ 1.020.367.253	\$ 7.831.356	0,77%
ABRIL	\$ 911.047.402	\$ 22.057.123	2,42%
MAYO	\$ 1.157.393.263	\$ 34.482.776	2,98%
JUNIO	\$ 1.564.508.165	\$ 22.835.575	1,46%
JULIO	\$ 826.499.043	\$ 17.113.759	2,07%
AGOSTO	\$ 1.063.335.009	\$ 28.199.490	2,65%
SEPTIEMBRE	\$ 962.947.063	\$ 38.986.796	4,05%
OCTUBRE	\$ 1.019.770.440	\$ 45.171.371	4,43%
NOVIEMBRE	\$ 1.142.774.909	\$ 44.425.882	3,89%
DICIEMBRE	\$ 911.040.342	\$ 32.530.980	3,57%
TOTAL	\$ 12.320.940.698	\$ 328.922.175	2,70%

7.1 Grafico General Facturado Vs Objetado Santa Fe de Antioquia 2009.



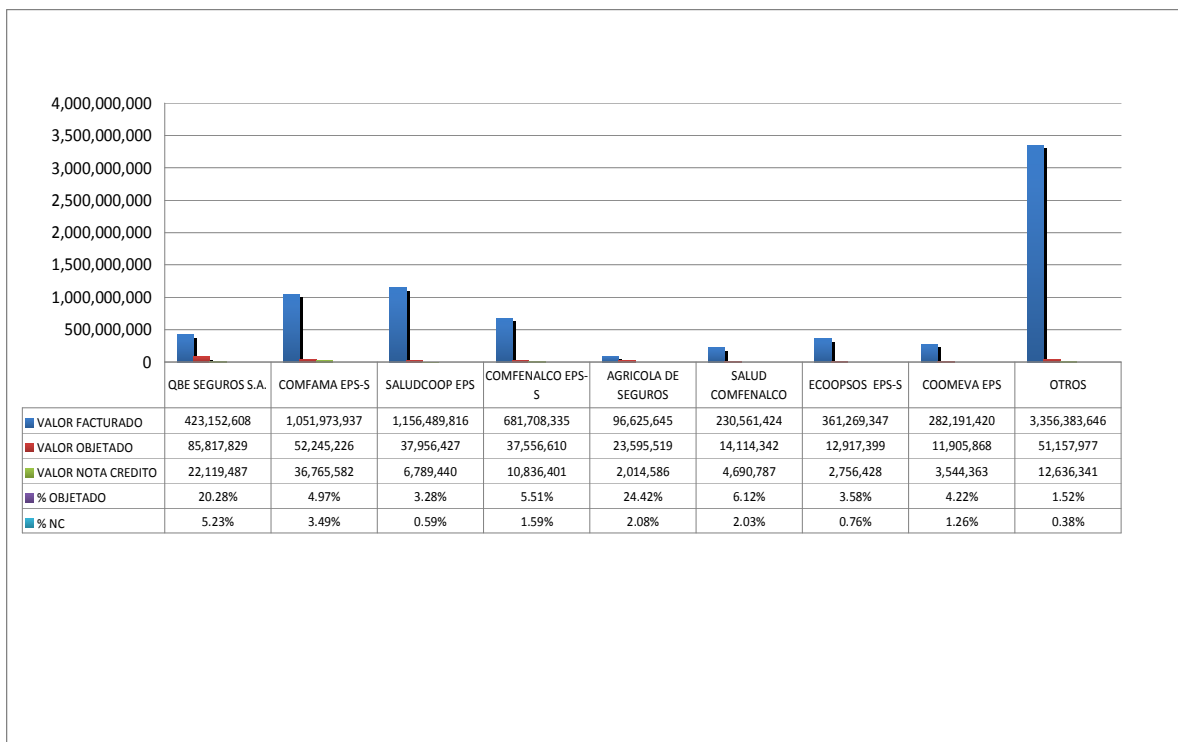
En el grafico anterior se relaciona el monto facturado y el objetado en el año 2009, el cual, dentro del porcentaje establecido según el estado colombiano que es del 5% es relativamente bajo el porcentaje de glosas, para el año (2.67%)

7.2 Grafico. Glosa general por mes



Según la tabla y el grafico anterior, se observa que la mayor glosa se relaciono en el mes de octubre correspondiente a un 4,43% (\$45'171.371) de lo facturado, de igual manera para el mes de marzo se presentaron los indices mas bajos de glosas con un 0,77% (\$ 7'831.356) sobre lo facturado.

7.3 Grafico. Facturacion Vs Objetado por EPS, ESE Hospital San Juan de Dios año 2009, Santa Fe de Antioquia.



En el grafico anterior se observa que para el año 2009 el porcentaje de glosa mas alto fue para QBE con un 20.28%, de igual manera se observa que la glosa para Saludcoop fue de \$ 37'956.427, correspondiente al 3.28% de lo facturado.

TABLA VALORES FACTURADOS Y GLOSADOS POR ENTIDAD				
ENTIDAD	TOTAL GLOSA POR ENTIDAD	% GLOSA RADICADA POR ENTIDAD	TOTAL FACTURACION POR ENTIDAD	% DE FACTURACION
E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DEPARTAMENTO DE POLICIA DE ANTIOQUIA	2.825.087	0,86%	13.756.900	0,18%
SALUD CONDOR S.A. EPS	2.639.625	0,81%	51.972.480	0,68%
SEGUROS DEL ESTADO	2.453.295	0,75%	204.227.929	2,67%
SALUD VIDA S.A. EPS.	2.190.828	0,67%	36.913.880	0,48%
LIBERTY SEGUROS S.A.	1.897.808	0,58%	13.044.139	0,17%
MUNDIAL DE SEGUROS PROGRAMA DE SALUD - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	1.393.212	0,43%	9.680.646	0,13%
SEGUROS COLPATRIA	1.374.590	0,42%	12.107.122	0,16%
E.S.E. HOSPITAL SAN LUIS BELTRÁN	1.324.609	0,40%	3.978.234	0,05%
SALUD TOTAL EPS.	765.739	0,23%	31.384.029	0,41%
SEGUROS LA PREVISORA S.A.	722.041	0,22%	3.282.776	0,04%
SUSALUD EPS	679.398	0,21%	15.183.510	0,20%
UNIVERSIDAD NACIONAL. COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	557.759	0,17%	26.307.867	0,34%
A.RP. COLMENA	536.429	0,16%	41.116.225	0,54%
E.S.E. HOSPITAL SAN MIGUEL OLAYA	484.630	0,15%	9.985.428	0,13%
E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO BURITICA	419.389	0,13%	1.157.043	0,02%
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	376.675	0,12%	5.597.163	0,07%
CAFESALUD EPS	215.805	0,07%	3.779.574	0,05%
E.S.E. NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	189.613	0,06%	2.119.852	0,03%
EMDISALUD	172.010	0,05%	24.145.796	0,32%
SOLSALUD EPS	151.043	0,05%	4.197.678	0,05%
E.S.E. HOSPITAL SAN PEDRO	145.285	0,04%	11.803.802	0,15%
FONSAT - FIDUCIARIA	143.000	0,04%	-	0,00%
E.S.E HOSP. NTRA SRA DE LA CANDELARIA	121.535	0,04%	436.994	0,01%
	90.640	0,03%	9.858.356	0,13%
	60.300	0,02%	-	0,00%
	53.700	0,02%	-	0,00%

CRUZ BLANCA EPS	53.260	0,02%	1.335.200	0,02%
COMFAMILIAR CAMACOL	24.500	0,01%	3.219.609	0,04%
ESE HOSP. PEDRONEL CARDONA ARBOLETE	6.126	0,00%	-	0,00%
TOTAL POR MES	327.267.197	100,00%	7.640.356.178	100,00%

8. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE GLOSAS

Se tienen claras las causas más frecuentes de glosas, pero no se tienen cuantificadas para poder decir cuál es la que tiene más peso o más riesgo; puesto que la ESE no dispone de un informe detallado y cuantificado de estas.

La falta de reconocimiento a la ESE de los servicios prestados a otras instituciones, según observación directa y de informes sobre las causas de glosas, se presentó por:

- **Auditoría tardía:** No se revisa la facturación antes de ser enviada a las diferentes entidades para su respectivo cobro, por lo tanto no se identifican posibles causas de glosas, lo que hace que aumente el riesgo de éstas. Lo anterior debido a la sobrecarga laboral de los auditores dentro de las labores que se realizan en el día a día.
- **Factura extemporánea:** Se presenta facturas vencidas dentro de los periodos establecidos, por lo que ya no es reconocida, duante el mes siguiente. Por ello se debe refacturar, esto se da por situaciones como que las facturas no son llevadas por el personal encargado a su sitio de recepción en la fecha establecida.
- **Póliza falsa:** Se presenta cuando el usuario que su atención se derivo de un accidente de tránsito entrega el seguro obligatorio falso. La prioridad que se tenga dentro de la atención de urgencias, no permite una verificación de los documentos del usuario, además es una situación difícil de controlar por parte de la institución. Por tal razón después de solicitar en la respectiva aseguradora un certificado de póliza falsa se procede a refacturar a Fisalud.
- **Mala Aplicación del manual tarifario:** Las funcionarios de facturación desconocen los códigos de algunos de los procedimientos del manual (decreto 2423/1996), además no se incentiva el uso racional de los servicios, de tal manera que los costos exceden lo establecido en las tarifas ó en los contratos, según sea el caso.
- **Falta de soportes:** La documentación presentada por los usuarios es incompleta. (documento de identidad, carné, ficha del SISBEN, carta de retiro de la EPS anterior). Además no existe un procedimiento reglamentario para el ordenamiento de la papelería, por tal razón se refunden en diferentes sitios ocasionando documentos incompletos. En otros casos la pérdida intencional. Se le permite al usuario que después de la consulta pueda presentar los documentos faltantes, es allí cuando

faltan soportes puesto que el usuario no regresa o se demora con la documentación.

- **Mal diligenciamiento de formularios:** la ausencia o falta de aplicación de las normas institucionales, hacen que el personal de salud omita el correcto diligenciamiento de los registros médicos. En ocasiones la tramitología que se presenta en una consulta externa o urgencia no permite el correcto diligenciamiento de los formularios, puesto que no se ingresan datos mínimos de identificación del usuario como: apellidos y nombres completos, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección, teléfono, entre otros. Esto puede generar inconvenientes para la identificación del responsable de la cuenta.
- **Sobre facturación**

9. RECOMENDACIONES

BASES DE LA CORRECTA FACTURACIÓN.

- Identificación del usuario y su responsable
- Registros clínicos y administrativos completos
- Cambio de actitud (importancia de facturación)
- Identificación codificada de los servicios prestados
- Conocimiento del Manual Tarifario

ETAPAS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

1. Admisión del usuario
2. Recolección de documentos
3. Clasificación y digitación
4. Liquidación y elaboración de la factura
5. Arreglo y envío de la cuenta*
6. Producción de informes

Para un adecuado manejo y gestión de las glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente.

La comunicación de la glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, servicio glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

TRÁMITE

RECEPCIÓN DE GLOSAS

La IPS debe establecer el procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento.

Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre y firma, así como la fecha y hora de recibo.

El proceso de recepción de glosas se termina con su registro en un instrumento que debe ser diseñado para tal fin y que puede ser complementario o, el mismo registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas, al cual se le han adicionado las casillas pertinentes.

DISTRIBUCIÓN DE LAS GLOSAS

Una vez recibidas y registradas las glosas, se procede a hacer un análisis para verificar las causas, con el fin de determinar a qué áreas, unidades o funcionarios deben remitirse para su solución, o si por el contrario, pueden resolverse en la misma unidad receptora de glosas que se recomienda, sea la de cartera. La distribución o remisión de la documentación aportada en la glosa, debe realizarse de manera inmediata, para que los diferentes responsables, cuenten con el tiempo necesario para el análisis y la realización del trámite requerido, garantizando el oportuno recaudo de la cartera. Es importante resaltar que esta actividad se debe hacer porque el módulo de glosas está en un software distinto al de contabilidad y no hacen interface.

Simultáneamente deben reportarse a contabilidad para que se efectúe el correspondiente registro.

RESPUESTA DE GLOSAS

Todas las glosas presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables.

La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencia una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución. En la respuesta debe relacionarse, las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

La IPS debe responder las glosas dentro de los términos pactados en el contrato de prestación de servicios; cuando no exista especificación alguna al respecto, debe aplicarse lo establecido en las normas existentes.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

Una vez presentada la respuesta a las glosas, es necesario registrar el monto de aquellas que han sido aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro, con el fin de establecer el valor final de las mismas descontadas las glosas, e informar a contabilidad sobre las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados, adjuntando la nota débito o crédito correspondiente para su contabilización.

REITERACION DE LAS GLOSAS.

Cuando la entidad contratante, reitera las objeciones presentadas a la cuenta de cobro y no es posible establecer responsabilidades, debe recurrirse a lo establecido en las cláusulas contractuales para la solución de conflictos. Igualmente, puede solicitarse concepto a alguna de las instancias de Dirección y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Además de lo anterior es necesario que se esté realizando capacitación constante al equipo de facturación; para ejercer control se debe tomar una muestra aleatoria cada mes y hacerle auditoria antes de enviarlas a la EPS. Por último cada vez que hayan cambios ó nuevos contratos se debe retroalimentar al equipo utilizando las herramientas internas con las que cuenta la institución

10. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. ANTIOQUIA. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD. Metodología para implementación del proceso de facturación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: La seccional. 1.995. p. 2
2. Ibíd., p 3.
3. QUIRÓS ARANGO, Héctor Manuel. Legislación en prestación de servicios de salud. Medellín: 2003. varias páginas.
4. COLOMBIA. CONGRESO. Constitución Política de Colombia 1991. Santa fe de Bogotá: El Congreso, 1991. p. 20
5. COLOMBIA. CONGRESO. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santa fe de Bogotá: El Congreso, 1993. p. 4
6. COLOMBIA. CONGRESO. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santa fe de Bogotá: El Congreso, 1993. p. 4
7. COLOMBIA. CONGRESO. Ley 80 de 1.993, Octubre 28, por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Santa fe de Bogotá: El Congreso, 1993. p. 5
8. QUIRÓS ARANGO, Op cit. Varias páginas.
9. COLOMBIA. CONGRESO. Decreto 723 del 1.997, Marzo 14, Por la cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud Santa fe de Bogotá. Congreso. 1.997. p. 4
10. COLOMBIA. CONGRESO. Decreto 046 del 2.000, Enero 19, por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, los artículos 2° y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud. Santa fe de Bogotá: Ministerio de Hacienda y crédito público, 2.000. p. 1

BIBLIOGRAFÍA

ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD. Ética y auditoría médica marco legal. Medellín. 2000. p. 25 – 36

COLOMBIA, BOGOTA D.C. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Guía básica para la acreditación en salud. Bogotá D.C: Legis S.A, 2004 – 2005. Varias páginas

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2.002, Octubre 15, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa fe de Bogotá: El Ministerio, 2.002. p. 18 – 43

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Dirección general para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud. Programa de mejoramiento de los servicios de salud. RE-CREAR. Varias páginas

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Programa de mejoramiento de los servicios de salud en Colombia. Proyecto de desarrollo institucional. Bogotá: El Ministerio, 1995. p. 30 – 37.

Facultades extraordinarias a Minsalud. En: Hospitalaria. Vol 21, (ene/feb. 2002); p. 15-20. La salud en el plan nacional de desarrollo. En: Hospitalaria. Vol 28, (mar/abr.2003). p. 24 - 33

MALAGON LONDOÑO, Gustavo; GALAN MORERA, Ricardo y PONTON LAVERDE, Gabriel. Auditoría en salud: Para una gestión eficiente. Bogotá: 1998. 500. p. 45 - 76

MALLEN, David; COLLINS Christine. Manual de habilidades para auditoría. Bogotá, D.C. 2003. p. 21- 38

ORDOÑEZ NORIEGA, Sara et al. La prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el sistema de seguridad social en salud. 2 ed. Bogotá: Imprenta nacional de Colombia, 2000. p. 34 – 38.

ORDOÑEZ NORIEGA, Sara et al. La prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el sistema de seguridad social en salud. 2 ed. Bogotá: Imprenta nacional de Colombia, 2000. p. 34 – 38

PALACIO TAMAYO, Luis Fernando. Manual de Legislación en salud y seguridad social. 10 ed. Medellín: Logros litografía Ltda., 2004. p. 14 - 18

QUIRÓS ARANGO, Héctor Manuel. Legislación en prestación de servicios de salud: Manual de consulta para la interventoría. 2 ed. Medellín. 2003. Varias páginas.