



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación
Nit. 891.780.008-7
Tu Salud En Nuestras Manos



MANUAL DE PROCESOS FACTURACION Y GLOSAS.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL

FUNDACION, MAGD.

gerencia@hospitalosanrafaelfundacion.gov.co
Calle 16 # 5 a - 26-fundación, Magdalena



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación
Nit. 891.780.008-7
Tu Salud En Nuestras Manos



1. INTRODUCCION

El presente Manual de Procesos tiene como propósito contar con una guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades de facturación en el Hospital Departamental San Rafael de Fundación. Por tal motivo, el Manual además de constituir un instrumento de referencia fundamental para el desempeño de rutinas de trabajo, servirá de directriz para la capacitación, inducción y evaluación del personal.



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación
Nit. 891.780.008-7
Tu Salud En Nuestras Manos



2. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y pasos necesarios para el mejoramiento de los procesos de facturación en el Hospital Departamental San Rafael de Fundación.



3. MARCO LEGAL

3.1 DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

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.

3.1.1 OBJETIVO

El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

3.1.2 PROCESO DE ATENCION

Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage": El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "**triage**", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 11. Verificación de derechos de los usuarios: La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.



Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Parágrafo 2. El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligencia miento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios. **(ANEXO TECNICO 1).**

Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias: Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social. **(ANEXO TECNICO 2).**

Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias: Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud. **(ANEXO TECNICO 3).**

Artículo 15. Solicitud de servicios electivos: Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia: El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitidor hasta que ingrese en la institución receptora.

Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

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.



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



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 24. Reconocimiento de intereses: En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

3.2 RESOLUCION NUMERO 003047 DE 2008.

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

3.2.1 OBJETIVO

El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

3.2.2 ARTICULOS

Artículo 2. Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago:



Para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago de que trata el parágrafo 2 del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago.

Parágrafo 1. Las bases de datos de que trata el artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 tendrán la estructura establecida en la Resolución 812 de 2007 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2. El Ministerio de la Protección Social publicará en su página Web el listado de códigos, direcciones y teléfonos de las entidades responsables del pago. Las direcciones territoriales de salud publicarán este mismo listado en su página Web.

Artículo 3. Formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias: El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.

El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 8 del Decreto 3990 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable del pago devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.

Parágrafo 1. En caso de que no haya sido posible establecer la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud deberá reportar el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen



adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Parágrafo 2. Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias: Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el **Anexo Técnico No. 3** que hace parte integral de la presente resolución.

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Artículo 9. Procesos automatizados para la recepción o envío de los formatos: Si los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios, cuentan con procesos automatizados para la generación, envío y recepción de la información de que trata la presente resolución, o con desarrollos tecnológicos adicionales como códigos de barras, o sistemas de comunicación telefónica, entre



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



otros, los mismos podrán seguir siendo utilizados siempre y cuando incluyan todas las variables y estándares de datos establecidos en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4 y 7 de la presente resolución.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con el fin de determinar el impacto de las medidas definidas mediante la presente resolución, definirá un conjunto de entidades responsables de pago e instituciones prestadoras de servicios de salud, que tengan automatizados los procesos, para que le remitan la información de los trámites definidos en la presente resolución.

Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas: La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.



4. GLOSARIO:

- **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.
- **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.
- **VINCULADO:** Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.
- **PRESTADORES DE SERVICIOS 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.
- **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.



- **RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- **MODELO DE ATENCIÓN:** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
- **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- **ACUERDO DE VOLUNTADES:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

- **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.
- **AUDITORIA:** la auditoria puede definirse como «un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso.
- **CUENTAS:** es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.
- **GLOSA:** Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro 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, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS.

Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta 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 dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido.



5. PROCEDIMIENTO PARA FACTURACION:

5.1 PROCEDIMIENTO PARA:

FACTURACION DE SERVICIOS (MEDIANA COMPLEJIDAD) Y SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.

5.1.1 OBJETIVO:

- Estandarizar el proceso de facturación de los servicios de atención del Hospital Departamental San Rafael de Fundación.
- Solicitar autorización de servicios a las entidades responsables del pago cuando el paciente requiere servicios adicionales a la atención inicial.

5.1.2 ALCANCE:

- Aplica para los servicios de segundo nivel de atención (mediana complejidad) prestado en el Hospital Departamental San Rafael de Fundación.
- El procedimiento de la solicitud de Autorización solo se aplicará en los siguientes casos: **a)** Cuando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, requiere la prestación de servicios adicionales **b)**. Para solicitar una autorización adicional cuando se requiera ampliar la autorización inicial, sea en urgencias o en hospitalización. **c)**. Solicitud de servicios electivos.



5.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
1	Ingreso del Paciente a los servicios	El paciente ingresa por el servicio de urgencias, dándole triage atendido por médico general de turno y/o enfermera, se le solicita documentos al paciente (carnet y documento de identidad).	Admisionista	Carnet y documento de identidad del paciente
2	Verificación De Derecho De Usuarios	<p>Realizar la respectiva verificación de derecho de usuarios (Fosyga, Ruaf, Base de datos, Plataforma).</p> <p>Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.</p>	Admisionista	Resolución 3047 de 2008



No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
3	Solicitud de Autorización de Servicios	<p>Después de que el paciente ha recibido la atención respectiva, se procede a realizar la solicitud de la notificación inicial de urgencia: Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago (<i>Eps</i>), el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social. (Anexo Técnico 2) a las distintas <i>Eps</i>, teniendo en cuenta que en alguna de ellas ya está implementada la plataforma Web para gestionar este proceso (Mutual Ser, Comfactor, Nueva <i>Eps</i>, Ambuq) vía telefónica (Coosalud, Comparta) y por el correo institucional (Cajacopi, Saludvida, Emdisalud, Crue, etc.).</p> <p>Realiza procedimiento de autorización de servicios según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008</p>	Admisionista	Anexos 2 Resolución 3047 de 2008



No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
4	Diligenciamiento del Anexo 3.	Después de que se aplicado la atención inicial al paciente y el medico lo ha valorado y considera que se deben aplicar servicios adicionales (Si se requiere), el facturador encargado de los servicios debe diligenciar la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias: Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago (<i>Eps</i>) de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud (<i>Hospital</i>) deberá informar a la entidad responsable del pago (<i>Eps</i>), la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. (Anexo Técnico 3) teniendo en cuenta que en alguna de las <i>Eps</i> ya está implementada la plataforma Web para gestionar este proceso (Mutual Ser, Comfacor, Nueva Eps, Saludvida) vía telefónica (Coosalud, Comparta) y por el correo institucional (Cajacopi,	Facturador	Anexos 3 Resolución 3047 de 2008



No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
		<p>Emdisalud, Crue, etc.).</p> <p>Realiza procedimiento de autorización de servicios según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008.</p>		
5	Envío de Anexo N°2 y/o 3. por vía Correo electrónico	<p>Para esta acción se debe tener habilitado el correo electrónico de admisiones. El facturador es el encargado de enviar el Anexo Técnico 2 y/o 3 diligenciado. Éste se debe enviar a los correos electrónicos habitados por el pagador respectivo (Eps), tres veces en un término no mayor a 24 horas para la notificación de urgencia y 4 horas para la solicitud de autorización de servicio, con intervalos en cada intento no menor a media hora. La EPS respectiva debe contestar enviando el respectivo código de autorización, sin embargo, solo con haber cumplido con los envíos de solicitud conforme a lo establecido, se sobre entiende que este ha sido aprobado.</p> <p><i>Nota:</i> Debe ser enviado dentro de los términos definidos en los artículos 4° y 6° de la Resolución 3047 de 2008.</p> <p>El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente</p>	Admisionista y/o Facturador	Artículos 4° y 6° de la Resolución 3047 de 2008.



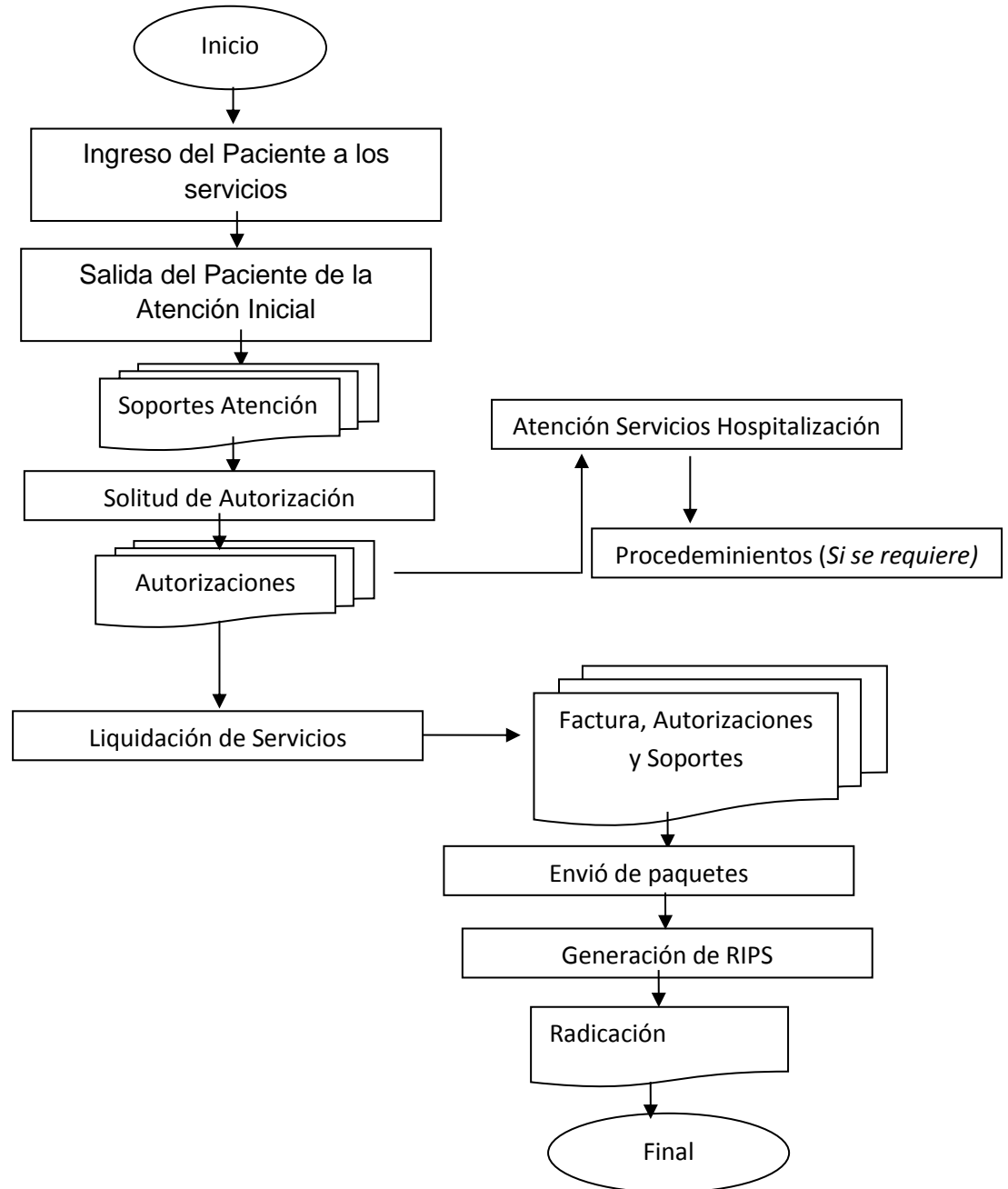
No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
		resolución.		
6	Atención Servicios Hospitalización	<p>De acuerdo con las necesidades del paciente se realizan las atenciones pertinentes, se arma la facturación con soportes por los servicios prestados, según el procedimiento de armado de cuentas, se debe verificar mínimamente los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anexos Técnicos• Impresión De Envíos De Anexos• Autorización De La Eps• Documentos Del Paciente• Comprobación De Derechos Fosyga Y/O Sisben• Hoja De Trazabilidad• Epicrisis (Cuando El Paciente Tiene Más De 72 Horas)• Evoluciones Especialistas Y Médico General (Cuando El Paciente Tiene Menos De 72 Horas)• Informe Qx (Cuando Aplique)• Registro De Anestesia (Cuando Aplique)• Consentimiento Informado (Cuando Aplique)• Hoja De Gastos De Cirugía (Cuando Aplique)• Hoja De Tratamiento (Cuando Aplique)• Hoja De Consumo Individual (Cuando	Facturador	Soportes



No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
		<p>Aplique)</p> <ul style="list-style-type: none">• Hoja De Oxigeno (Cuando Aplique)• Notas de Enfermería		
7	Genera liquidación de servicio.	Con todos los soportes en mano de las atenciones recibida se procede hacer el cargue de la información en el sistema, indicado más adelante en este proceso, se imprime factura y se entrega orden de salida al paciente.	Facturador	Factura con soportes
8	Solicitar los RIPS	El área encargada de revisar los paquetes de facturación, realiza verificación de los soportes y solita los RIPS a la dependencia de sistemas, para preparar facturas para su respectiva radicación.	Ingeniero de Sistemas	Rips
9	Radicación de Cuentas	Entrega al funcionario encargado de radicar las cuentas a cada <i>Eps</i> , según programación. Funcionario de radicación entrega al Jefe de Facturación los recibidos. El Jefe de facturación ingresa al sistema las fechas de radicación por cada aseguradora para los informes respectivos de cada mes y luego proceder a archiva en cada carpeta el recibido.	Jefe de Facturación o quien haga sus veces.	Oficios de Radicacion



5.3 FLUJOGRAMA





6. PROCEDIMIENTO PARA GLOSAS:

6.1 PROCEDIMIENTO PARA:

AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS – GLOSAS.

6.1.1 OBJETIVO:

Establecer los lineamientos, políticas y procedimientos requeridos para la gestión de cuenta médicas y seguimiento de las facturas, con el fin de lograr un proceso estandarizado.

6.1.2 ALCANCE:

El proceso inicia con la recepción de la cuenta médica, continua con el procesamiento y auditoría de la factura física o digital con sus soportes respectivos y finaliza con el proceso de pago, glosa o devolución de acuerdo a lo establecido en la normatividad legal vigente



6.1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
1	Recibo y verificación de facturas glosadas.	Se recibe notificación de la facturas glosada, sea en físico o medio magnético, se registra en un archivo de Excel con el fin de darle un mejor control a todo el proceso, luego se distribuye las facturas glosadas a los facturadores encargados de las diferentes <i>Eps</i> .	-Facturador. -Jefe de Facturación.	Libro auxiliar de relación de facturas glosadas.
2	Auditoria	Se emite un concepto de respuesta a la factura glosada por las diferentes empresas a las que se les prestó el servicio, teniendo en cuenta que esta autoría debe ser realizada y contestada por el facturador de cada <i>Eps</i> siempre y cuando la glosa sea administrativa y requiera de algún cambio en la factura, soportes o donde se presente el error. Y si es glosa médica deberá ser contestada por el Auditor Medico del Hospital. Se acepta la glosa parcial o total, o no se acepta la glosa.	-Facturador. -Auditor Médico -Jefe de Facturación.	Cuadro de contestación de glosas.
3	Verificación de la Respuestas de la glosa.	Los registros emitidos por auditoria deben ser verificados, autorizados o rechazados por líder del proceso. Si no hay objeción se da paso a la misma..	-Jefe de Facturación. -Auditor Médico.	Cuadro de contestación de glosas.



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

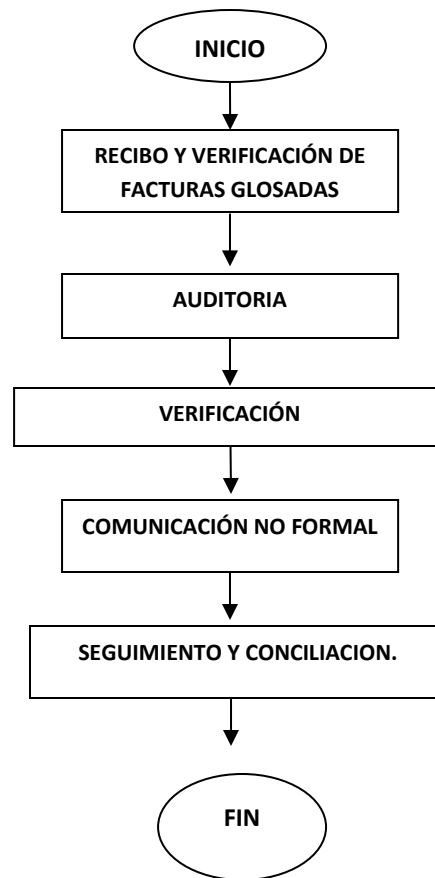
Tu Salud En Nuestras Manos



No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS - NORMOGRAMA
4	Comunicación no formal	Enviar por correo la relación de facturas contestadas a las diferentes empresas a las que se les prestó el servicio.	-Auditor Médico.	-Sobres -Cartas -Guías -Oficios formales
5	Seguimiento y Conciliación.	Se deberá hacer seguimiento continuo a las facturas glosadas, y solicitar cita previa con la <i>Eps</i> correspondiente para una conciliación con el fin de llegar a un acuerdo mutuo y darle finalidad a todo el proceso.	-Auditor Médico.	Actas.



6.1.4 FLUJOGRAMA





7. ANEXOS.

7.1 ANEXO TECNICO 1.

**INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS
DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO
INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO.**

7.2 INSTRUCCIONES GENERALES

Este formato tiene por objeto colaborar en la detección de posibles errores en las bases de datos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social.

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

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

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

7.3 DILIGENCIAMIENTO

Diligenciamiento	
Número informe	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.
Información del prestador	
Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.



Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
Tipo de inconsistencia	Marque con una "X" la opción pertinente.

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

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

Información de la posible inconsistencia

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

Información de la persona que reporta

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



7.3.1 FORMATO

ANEXO TÉCNICO No. 1
INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS
DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

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

MPS-IF1 V5.0 2008-07-11



7.4 ANEXO TECNICO 2.

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

7.4.1 INSTRUCCIONES GENERALES

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

7.4.2 DILIGENCIAMIENTO

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

Información del prestador

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

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene".
---------------------	---



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

Información de la atención

Origen	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la consulta del paciente al servicio de urgencias. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Clasificación Triage	Seleccione la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de la Protección Social.
Ingreso a Urgencias	Registre la fecha y hora en la cual ingresó el paciente al servicio de urgencias. Siga el formato año, mes, día y hora en formato de 24 horas.
Paciente viene remitido	Seleccione la opción pertinente. En caso afirmativo, registre el nombre del prestador remitente, así como el código de habilitación, el nombre del departamento y del municipio en el cual se encuentra ubicado dicho prestador con los códigos asignados en la codificación del DIVIPOLA.
Motivo de Consulta	Registre brevemente el motivo de consulta que originó la atención inicial de urgencias.
Impresión Diagnóstica	Registre el código y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el diagnóstico principal como para los diagnósticos relacionados que definió el médico luego de la atención inicial de urgencias.
Destino del paciente	Registre con una "X" la opción adecuada. La opción "Contrarremisión" debe ser marcada en el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el profesional defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente. Marque "otro" si el paciente es enviado a otra entidad no hospitalaria: ancianato, albergue, cárcel, entre otras.

Información de la persona que informa

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



7.4.3 FORMATO

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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS			
NUMERO ATENCION		Fecha:	Hora:
INFORMACION DEL PRESTADOR			
Nombre		cc	Numero
Código	Dirección prestador:		
Teléfono:	Departamento:	Municipio:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)			CODIGO:
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento		
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono:
Departamento:		Municipio:	
Cobertura en salud			
<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre no asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro
INFORMACION DE LA ATENCION			
Origen de la atención			
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	Clasificación Triage
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> 1. Rojo
			<input type="checkbox"/> 2. Amarillo
			<input type="checkbox"/> 3. Verde
Ingreso a Urgencias			
Fecha:	Hora:	Paciente Viene Remitido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del prestador de servicios de salud que remite			Código
Departamento:		Municipio:	
Motivo de consulta:			
Impresión Diagnóstica:			
Diagnóstico principal	Código CE10	Descripción	
Diagnóstico relacionado 1			
Diagnóstico relacionado 2			
Diagnóstico relacionado 3			
Destino del Paciente			
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Internación	<input type="checkbox"/> Contrarremisión	
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Remisión	<input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA			
Nombre de quien informa		Teléfono	
Cargo o actividad:		Teléfono celular:	

MPS-AU V5.0 2008-07-11



7.5 ANEXO TECNICO 3.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO.

7.5.1 INSTRUCCIONES GENERALES

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben enviar los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago para solicitar autorización de servicios si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización. El formato se utilizará en los siguientes casos:

- Quando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, requiere la prestación de servicios adicionales.
- Para solicitar una autorización adicional cuando se requiera ampliar la autorización inicial, sea en urgencias o en hospitalización.
- Solicitud de servicios electivos.

El formato debe ser diligenciado por la persona que designe la IPS, pero en todo caso la información deberá ser tomada de la historia clínica. Debe ser enviado dentro de los términos definidos en los artículos 4° y 6° de la resolución 00347 DE 2008.

7.5.2 DILIGENCIAMIENTO

Número de solicitud	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.

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



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



Entidad a la que se le solicita autorización	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
--	---

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente. Este dato será especialmente útil en los casos de servicios electivos, pues a él le podrá informar la entidad responsable del pago, el nombre del prestador y la fecha en se le prestará el servicio.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente o acudiente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre "no tiene".
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario está solicitando servicios.

Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la solicitud del servicio. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Tipo de servicios solicitados	Marque con una "X" la opción correspondiente, si el servicio requerido es posterior a la atención inicial de urgencias, o si se trata de un servicio electivo.
Prioridad de la autorización	De tratarse de un servicio electivo, indique si a juicio del profesional tratante, el servicio requerido es de carácter prioritario.
Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de encontrarse hospitalizado, indique el nombre del servicio y el número de la cama.
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios solicitados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio (s) solicitados



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



	(s). En los casos de servicios que requieran internación, la solicitud debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Justificación clínica	Describa brevemente la justificación del servicio solicitado. De ser pertinentes registre los resultados paraclínicos que justifican la solicitud.
Impresión Diagnóstica	Registre el código CIE-10 y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el principal como para los diagnósticos relacionados que justifican los servicios solicitados.

Información de la persona que solicita

Persona que solicita	Registre el nombre y registro profesional del profesional que ordenó la práctica de los servicios solicitados en la historia clínica.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.



7.6 ANEXO TÉCNICO No. 6

MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS

7.6.1 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.



7.6.2 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.

7.6.3 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

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.



8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

7.6.4 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)



E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación

Nit. 891.780.008-7

Tu Salud En Nuestras Manos



10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido.
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA

gerencia@hospitalsanrafaelfundacion.gov.co

Calle 16 # 5 a - 26-fundación, Magdalena



Código	Concepto Específico
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.

RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION

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



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

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
	9	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
	11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
1	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
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
	23	Procedimiento o actividad
	24	Falta firma del prestador de servicios de salud
	25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
	51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
	52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación

Tarifas

2	01	Estancia
----------	----	----------



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



Coberturas

5	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 Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)

Pertinencia

6 01 Estancia

ventera	Espe cif.	Descripción
	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

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

Respuestas a Glosas o Devoluciones

9	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ⁴
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)



7.6.5 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.

➤ 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.

		<p>en los honorarios médicos post-quirúrgicos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
103	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</p>



104	Honorarios de otros Profesionales	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
105	Derechos de sala	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral.3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando: 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.
110	Servicio o insumo incluido en paquete	Aplica cuando: 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	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado.2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos.3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.



112	Factura excede topes autorizados	Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
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	Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 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	Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.



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

➤ TARIFAS

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

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	Aplica cuando: 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



➤ **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	Aplica cuando: 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 atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 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 fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de anestesia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información

➤ 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	Aplica cuando: 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	Aplica cuando: 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.

➤ **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 toques cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

➤ 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	Aplica cuando: 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.



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.

➤ **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.	Aplica cuando: 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	Aplica cuando: 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 legales	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

➤ **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..