



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2019

()

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en los artículos 2.5.3.11, 2.5.3.2.6, 2.5.3.2.7, 2.5.3.13, 2.5.3.14, 2.5.3.2.16, 2.5.3.2.17, 2.5.3.4.10, 2.5.3.4.12, 2.5.3.4.14 y, 2.5.3.4.17 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto 4747 de 2007, incorporado en el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el Gobierno Nacional reguló algunos aspectos de las relaciones entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y dispuso, entre otros, instrumentos, soportes, formatos para su normal desarrollo.

Que el artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 ordenó que para el pago de los servicios de salud los prestadores de servicios de salud deben presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 2.5.3.4.12 ibídem faculta al hoy Ministerio de Salud y Protección Social para expedir 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.

Que el artículo 616-1 del Estatuto Tributario señala que la factura de venta o documento equivalente se expedirá, en las operaciones que se realicen, entre otros con prestadores de servicios o en las ventas a consumidores finales y prescribe que la factura de talonario o de papel y la factura electrónica se consideran para todos los efectos como una factura de venta.

Que en relación con el sistema general de seguridad social en salud, el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019 consagra como obligación de todos los prestadores de servicios de salud de generar factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud junto con los soportes y radica en el Ministerio de Salud y Protección Social la facultad de definir, entre otros, los soportes que deben acompañar las facturas, incluyendo los requisitos asociados al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Que las citadas normas legales imponen la modificación de algunos de los soportes que deben acompañar las facturas y por ende, algunas de las causas de glosas y

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

devoluciones derivadas de los soportes de las facturas en las relaciones entre entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto y campo de aplicación. La presente resolución tiene por objeto modificar la Resolución 3047 de 2008 y el contenido de sus Anexos Técnicos números 5 y 6, así como el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 3374 de 2000 para incorporar las modificaciones legales en las relaciones entre entidades responsables de pago y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Aplica a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Artículo 2. Modificación del artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008. Modifícase el artículo 12 de la Resolución número 3047 de 2008, modificado por el artículo 4 de la Resolución 4331 de 2012, el cual quedará así:

"Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de prestación de servicios de salud de que trata Artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 del 2016 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán los definidos en el Anexo Técnico número 5 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables de pago no podrán exigir soportes adicionales a los definidos en la presente Resolución.

La historia clínica sólo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo referidos en el artículo 123 de Resolución 5857 de 2018 o la norma que la modifique, adicione o sustituya."

Artículo 3. Sustitución del Anexo Técnico número 5 de la Resolución 3047 de 2008. Sustitúyese integralmente el Anexo Técnico número 5 de la Resolución número 3047 de 2008, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

Artículo 4. Modificación del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese el Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en las siguientes Definiciones:

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un número 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 y la normativa vigente.

En el evento de que la Entidad Responsable del Pago (ERP) no se pronuncie dentro de los términos definidos en la normativa 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. Adicionalmente, se registrará el número de la(s) solicitud(es) de autorizaciones no respondidas en la factura electrónica y el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) y la ERP no podrá glosar la factura en lo concerniente a esos servicios y tecnologías con solicitud de autorizaciones no respondidas en los términos normados.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

Cuando la entidad responsable del pago anule autorizaciones expedidas y enviadas a los prestadores de servicios de salud, deberá informar al prestador dentro de las siguientes 4 horas a la anulación y no podrá glosar la factura en lo concerniente a esos servicios y tecnologías anuladas cuando no lo informe dentro de dicho término.

Devolución: Es una no conformidad que afecta el valor total de la factura electrónica por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide efectuar el pago de la misma. Las causales de devolución son taxativas, se refieren a falta de competencia para el pago cuando el afiliado corresponde a otro responsable del pago, el afiliado o los servicios corresponden a otro plan, el afiliado se encuentra retirado de la entidad responsable del pago, el profesional que ordena la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable del pago y cuando la totalidad de los cargos contenidos en la factura ya han sido pagados por haberse presentado en una factura anterior o porque se encuentran presentados en una factura anterior. Cuando se produzca la devolución por las causales anotadas, la entidad responsable del pago deberá comunicar al prestador de tal circunstancia dentro de los cinco (5) días siguientes y deberá devolver los soportes al prestador si fueron presentados con la factura. El facturador electrónico deberá anular la factura y generará el registro de la correspondiente nota crédito, sin perjuicio de que presente la misma factura si la devolución resulta infundada o expida una nueva factura electrónica si la entidad responsable del pago es la llamada a efectuarlo.

Respuestas a glosas y devoluciones. Es la comunicación a través de la cual el prestador de servicios de salud se pronuncia frente a la devolución de las facturas o las causales de glosa formuladas por la entidad responsable del pago.

La respuesta a la devolución de las facturas únicamente procederá cuando las causales de devolución correspondan a la 816 cuando el afiliado o los servicios corresponden a otro plan de la misma entidad, 817 y 844.

Artículo 5. Modificación de la Tabla 1 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese la Tabla 1 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en los siguientes numerales:

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código	Concepto General	Aplicación
8	Devolución	Es una no conformidad que afecta el valor total de la factura electrónica por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide efectuar el pago de la misma. Las causales de devolución son taxativas, se refieren a falta de competencia para el pago cuando el afiliado corresponde a otro responsable del pago, el afiliado o los servicios corresponden a otro plan, el afiliado se encuentra retirado de la entidad responsable del pago, el profesional que ordena la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable del pago y cuando la totalidad de los cargos contenidos

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

		en la factura ya han sido pagados por haberse presentado en una factura anterior o porque se encuentran presentados en una factura anterior. 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.
9	Respuesta a Glosas y Devoluciones	Es la comunicación a través de la cual el prestador de servicios de salud se pronuncia frente a la devolución de las facturas o las causales de glosa formuladas por la entidad responsable del pago. La respuesta a la devolución de las facturas únicamente procederá cuando las causales de devolución correspondan a la 816 cuando el afiliado o los servicios corresponden a otro plan de la misma entidad, 817 y 844.

Artículo 6. Eliminación de algunos códigos de la Tabla 2 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Elimínase de la Tabla 2 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, los siguientes códigos:

Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico

Código	Concepto específico
33	Copia de historia clínica completa
35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
49	Factura no cumple requisitos legales

Artículo 7. Modificación y adición de la Tabla 2 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifícase y adiciónase en un numeral la Tabla 2 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en los siguientes códigos:

Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico

Código	Concepto específico
17	Usuario retirado
38	Traslado o transporte
47	Faltan soportes de justificación para recobros (tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC y servicios complementarios, accidente de trabajo o enfermedad profesional, tutelas)
50	Factura ya cancelada o servicios ya facturados
55	Registro Individual de Prestaciones en Salud no cumple con la malla única validadora del Ministerio de Salud y Protección Social
	Respuesta a glosas y devoluciones
98	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)

Artículo 8. Modificación de la Tabla 3 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese la Tabla 3 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en su denominación y en los siguientes numerales:

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

Tabla No. 3. Código de Glosa y Devolución

Código general	Código específico	Descripción
3	21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
3	31	Bonos o vouchers
3	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
3	38	Hoja de traslado o transporte
3	47	Faltan soportes de justificación para recobros (tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y servicios complementarios, accidente de trabajo o enfermedad profesional, tutelas)
3	48	Informe atención inicial de urgencias
3	55	Registro Individual de Prestaciones en Salud no cumple con la malla única validadora del Ministerio de Salud y Protección Social
4	38	Traslado o transporte
8	17	Usuario retirado
8	50	Factura ya cancelada o servicios ya facturados
9	98	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)

Artículo 9. Modificación del Código General 3 del Manual de Uso del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese el Código General 3 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en los códigos específicos, descripción y aplicación siguientes:

3. Soportes

Código general y específico	Descripción	Aplicación
306	Materiales	Aplica cuando en la descripción quirúrgica no se registran los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, o a las tarifas que hubieren sido pactadas o a las que le sean aplicables (grupos especiales para SOAT o 170 UVR en Tarifa ISS cuando sean tarifarios de referencia).
307	Medicamentos	1) 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. 2) Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o en el detalle de cargos frente a los relacionados en la Hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se esté cobrando el 100% de la factura.
321	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica como glosa total cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. No aplica cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente y 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 la inclusión del número de la solicitud de autorización en la factura electrónica y el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS.
331	Bonos o vouchers	Aplica cuando se esté cobrando el 100% de la factura.
334	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica como glosa total cuando: 1. No se anexa la epicrisis correspondiente a la factura de internación o de atención de urgencias con observación. 2. No se anexa la hoja de atención de urgencias, para el caso de facturas de atención de urgencias. 3. No se anexa el odontograma, para el caso de facturas de atención odontológica.
336	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito 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 o a la ADRES con sus respectivos detalles, con las que se cumple los topes de cobertura.
338	Hoja de traslado o transporte	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado o transporte.
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 la prestación del servicio, de acuerdo con el Anexo Técnico 5 de la presente Resolución o la que lo modifique, sustituya o derogue.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la factura de compra que relaciona los precios o valor de adquisición de los medicamentos y dispositivos médicos incluidos en la factura.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

		No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador, a menos que se haya pactado la actualización o modificación de los precios.
347	Faltan soportes de justificación para recobros (tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC y servicios complementarios, accidente de trabajo o enfermedad profesional, tutelas)	Aplica como glosa total cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normativa vigente.
348	Informe atención inicial de urgencias	Aplica como glosa total cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos en la normativa vigente. No aplica en los casos en los que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló la solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención de urgencias. Tampoco aplica cuando la atención ha sido informada 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.
355	Registro Individual de Prestaciones en Salud no cumple con la malla única validadora del Ministerio de Salud y Protección Social	Aplica cuando los RIPS de las facturas no pasan la Malla Única Validadora definida por el Ministerio de Salud y Protección Social. No aplica cuando la entidad responsable de pago utiliza una malla validadora diferente a la definida por el Ministerio de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

Artículo 10. Modificación del Código General 4 del Manual de Uso del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese el Código General 4 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en el código específico, descripción y aplicación siguiente:

4. Autorizaciones

Código general y específico	Descripción	Aplicación
438	Traslado o transporte	Aplica cuando el traslado o transporte de pacientes, de acuerdo con la normativa vigente no cuentan con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. No aplica en el caso de traslados de pacientes con patología de urgencias.

Artículo 11. Modificación del Código General 8 del Manual de Uso del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese el Código General 8 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en los códigos específicos, descripción y aplicación siguientes:

8. Devolución

Código general y específico	Descripción	Aplicación
816	Usuario o servicio 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.
817	Usuario retirado	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.
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.
850	Factura ya cancelada o servicios ya facturados	Aplica cuando la factura contenga servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago o cuando los mismos servicios de salud se encuentran contenidos en otra factura previamente enviada y la entidad responsable del pago no se ha pronunciado, ni pagado.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

Artículo 12. Modificación del Código General 9 del Manual de Uso del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008. Modifíquese el Código General 9 del Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, en los códigos específicos, descripción y aplicación siguientes:

9. Respuesta a glosas o devoluciones

Código general y específico	Descripción	Aplicación
998	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

Artículo 13. Revisión periódica de los soportes de las facturas. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará una revisión periódica de los soportes requeridos para el cobro de facturas y, como resultado de ella, podrá suprimir soportes o simplificar su contenido.

La revisión tendrá en cuenta los avances de tecnología, la evolución de los sistemas de información de los prestadores de servicios de salud y de los responsables del pago, la implementación de plataformas de interoperabilidad, el fortalecimiento de la infraestructura y conectividad en el territorio nacional, así como la verificación de que la información requerida esté siendo compartida de manera electrónica, ágil y cumpliendo los requisitos establecidos por la normativa vigente.

Artículo 14. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS como soporte de las facturas. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social actualice el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS y establezca un sistema único de validación, dicho Registro se exigirá como soporte de cobro de la factura.

El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un esquema de transición para la utilización de RIPS como soporte de cobro de las facturas, el cual atenderá las condiciones de los sistemas de información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de las Entidades Responsables de Pago, reconociendo las características diferenciales en los territorios. Este esquema de transición se articulará con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información que defina el mencionado ministerio.

Artículo 15. Lineamientos técnicos para el envío y recepción de los soportes de las facturas. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos técnicos sobre el envío electrónico y la recepción electrónica de los soportes de las facturas de prestación de servicios de salud de que trata Anexo Técnico N° 5 de la presente Resolución, al igual que el tiempo máximo para iniciar el intercambio electrónico de los soportes de las facturas. Los obligados a facturar electrónicamente

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

deberán continuar enviando los soportes de las facturas siguiendo sus procesos actuales y cumpliendo la reglamentación vigente.

Artículo 16. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012 y modifica en lo pertinente el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3374 de 2000.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

ANEXO TÉCNICO No. 5 SOPORTES DE LAS FACTURAS

A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN

1. **Factura electrónica:** Es el documento que soporta transacciones de venta de bienes o servicios de salud de un prestador de servicios de salud (PSS) a una entidad responsable del pago de servicios de salud (ERP), que operativamente tiene lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas y que deben cumplir con las características y condiciones establecidas por el Gobierno Nacional o por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). La factura electrónica incluirá el o los números de autorizaciones emitidas por las Entidades Responsables del Pago (ERP) y los de Mi Prescripción (Mipres) de los servicios de salud, cuando sean requeridos, así como el valor de los pagos compartidos cuando el prestador de servicios de salud los recaude, según el acuerdo de voluntades.
2. **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítems resumidos en la factura, con su respectivo valor. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención.

Contenido del detalle de cargos:

1. Primero y segundo nombres y apellidos del paciente/usuario
2. Tipo y número de identificación del paciente/usuario
3. Número de factura a la que se encuentre asociada
4. Descripción: Código y denominación en Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), Código y descripción del Manual Tarifario para Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y códigos y descripción Mi Prescripción (Mipres) según aplique; Código y denominación del Código Único de Medicamentos (CUM) mientras se implementa el Identificador Único de Medicamentos (IUM) entre Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Entidades Responsables de Pago (ERP); Código y denominación de los prestadores de servicios de salud hasta tanto sea expedido el Código y denominación del Código de Dispositivos Médicos, el cual será exigible cuando entre en vigencia.
5. Cantidad
6. Valor Unitario
7. Valor Total.

Para los mecanismos de pago agrupados como caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, el contenido del detalle de cargos es el mismo con el Valor Unitario en cero.

Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez agotada la cobertura de la póliza SOAT o de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), según aplique, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores y a las entidades responsables del pago y éstas últimas no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

- 3. Resumen de atención o Epicrisis:** La epicrisis es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos.

Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato de epicrisis contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Contenido de la epicrisis:

1. Primero y segundo nombre y apellido del paciente
 2. Tipo y número de identificación del paciente
 3. Edad y sexo del paciente
 4. Servicio de ingreso
 5. Hora y fecha de ingreso
 6. Servicio de egreso
 7. Hora y fecha de egreso
 8. Motivo de consulta (percepción del usuario)
 9. Enfermedad actual (respuesta mínimo a las siguientes preguntas: ¿Cuándo? ¿Cómo? evolución, tratamiento y actualmente)
 10. Antecedentes
 11. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio
 12. Hallazgos del examen físico incluye signos vitales
 13. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados en código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Listado de Enfermedades Huérfanas, cuando aplica)
 14. Conducta incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico
 15. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta, el manejo o justifiquen la estancia, incluye complicaciones o eventos adversos durante la estancia
 16. Interpretación de los resultados de los procedimientos diagnósticos y de todo aquello que justifique los cambios en el manejo o en el diagnóstico
 17. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten, incluye No PBS, alto costo y nuevas tecnologías
 18. Diagnósticos de egreso (presuntivos, confirmados y relacionados en código CIE 10 y el Listado de Enfermedades Huérfanas, cuando aplica)
 19. Condiciones generales a la salida del paciente (estado: vivo o muerto) con el número de días de incapacidad temporal si la hubiere
 20. Plan de manejo ambulatorio incluye el manejo terapéutico, apoyo diagnóstico y consultas médicas generales o especializadas
 21. Primer y segundo nombre y apellidos y número de registro del médico que diligencie el documento
- 4. Resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. La interpretación de cada uno de los exámenes de apoyo solicitados deberá estar consignado en la Historia clínica, así como en la Epicrisis, Hoja de atención de urgencias y la Hoja de atención de consulta ambulatoria.
- 5. Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluida en la epicrisis, de ser así, no debe

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

enviarse como soporte. El envío aplica sólo cuando la atención en salud comprende un procedimiento quirúrgico hospitalario o ambulatorio.

Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato de la descripción quirúrgica contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Contenido de la descripción quirúrgica:

1. Primero y segundo nombre y apellido del paciente
2. Tipo y número de identificación del paciente
3. Edad y sexo del paciente
4. Tipo de cirugía
5. Vía de abordaje
6. Materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, o a las tarifas que hubieren sido pactadas o a las que le sean aplicables (grupos especiales para SOAT o 170 UVR en Tarifa ISS cuando sean tarifarios de referencia) incluye material de osteosíntesis.
7. Hora de inicio
8. Hora de terminación
9. Complicaciones y su manejo
10. Hallazgos quirúrgicos
11. Registro de patologías: incluir la cantidad de especímenes para estudio
12. Diagnóstico pre quirúrgico en código CIE-10
13. Diagnóstico pos quirúrgico en código CIE-10
14. Estado a la salida (vivo / muerto)
15. Nombre y apellidos de los cirujanos participantes y números de registro profesional

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

Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato del registro de anestesia contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Contenido del Registro de anestesia:

Primer y segundo nombres y apellidos del usuario

1. Tipo y número de identificación del usuario
2. Edad y sexo del paciente
3. Tipo de anestesia
4. Hora de inicio
5. Hora de terminación
6. Complicaciones y su manejo
7. Registro de medicamentos con sus especificaciones, incluye la aplicación de medicina transfusional
8. Estado a la salida (vivo / muerto)
9. Nombre y apellidos del anestesiólogo y número de registro profesional

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

- 7. Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario. El suministro o prestación ambulatoria de medicamentos, dispositivos médicos y terapias será la firma, tipo y número de identificación y/o huella digital del paciente, de su representante, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, en el formato diseñado para tal efecto por el prestador de servicios de salud (PSS).

En el caso de la atención de urgencias con observación, servicios de internación o procedimientos quirúrgicos, hospitalarios o ambulatorios, la evidencia de recibido será la Epicrisis y en atención de urgencias sin observación, será la Hoja de atención de urgencias.

En la consulta ambulatoria será la Hoja de atención de consulta ambulatoria y para la interconsulta, la Hoja de evolución de la Historia Clínica, en el formato que utiliza el prestador de servicios de salud (PSS).

- 8. Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente. Si dentro de la práctica actual, la estructura y formato contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Contenido de la Hoja de traslado:

1. Primer y segundo nombres y apellidos del usuario
2. Tipo y número de identificación del usuario
3. Edad y sexo del paciente
4. Motivo del traslado (ayuda diagnóstica, tratamiento complementario, valoración por especialista, otro)
5. Procedimientos durante el traslado
6. Medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
7. Tipo de traslado acuático, aéreo y terrestre según CUPS
8. Hora de inicio del recorrido
9. Lugar de origen
10. Hora de finalización del recorrido
11. Lugar de destino final
12. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera
13. Para traslados intermunicipales:
 - a. Kilómetros iniciales
 - b. Kilómetros finales
14. Nombre y apellidos del acompañante cuando aplique
15. Nombres, apellidos, número y tipo de identificación y firmas de la tripulación
16. Nombres y apellidos del médico que recibe al paciente y número de registro médico

Para el transporte del paciente ambulatorio, en vehículos diferentes a ambulancias, se anexarán vales, tiquetes de traslado con logo de la empresa o carta con firma del representante legal de la empresa que presta el servicio.

En caso de requerir ingreso a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) durante el recorrido por complicaciones o deterioro del estado clínico en el traslado, se deberá informar el nombre de la IPS, kilómetros de desviación y tiempo utilizado para la estabilización.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

- 9. Factura por el cobro a la aseguradora SOAT o a ADRES:** Corresponde a la copia de la factura electrónica emitida a la entidad que cubrió el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) o a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) por accidentes de tránsito sin póliza SOAT o vehículo no identificado, por la atención de un paciente.
- 10. Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los servicios y las tecnologías en salud. Sólo se remite a la entidad responsable del pago cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades. No debe ser remitida si se encuentran autorizados los servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos solicitados. Incluye la de Mi Prescripción (Mipres) como orden y/o fórmula médica.
- 11. Lista de precios:** Documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos y dispositivos médicos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos y dispositivos médicos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades o en los casos de atención sin contrato. Si en la factura o en el detalle de cargos está discriminado el valor unitario de los medicamentos o dispositivos médicos no se requiere enviar la Lista de precios cuando no haya contrato.
- 12. Hoja de atención de urgencias.** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura para aquellos casos de atención de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación, ni hospitalización. Incluye la interpretación médica del o los paraclínicos facturados.
- 13. Odontograma:** Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, en la cual se registra el estado inicial y la evolución en cada atención o control, de los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
- 14. Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalarios o ambulatorios. Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato de la Hoja de administración de medicamentos ya contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato adoptado, en su totalidad.
- Contenido de la Hoja de administración de medicamentos:
1. Primer y segundo nombres y apellidos del paciente
 2. Tipo y número de identificación del paciente
 3. Edad y sexo del paciente
 4. Presentación incluye principio activo, concentración y forma farmacéutica
 5. Posología incluye dosis e intervalos de tiempo de su administración
 6. Vía de administración
 7. Fecha y hora de administración
 8. Presentación de eventos adversos
 9. Nombres y apellidos del profesional que lo administró y registro profesional
- 15. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS** es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución 3374 de 2000 (las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS)

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

1. Consultas ambulatorias:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades. No aplica para consultas ambulatorias programadas de puerta de entrada
- d. Hoja de atención de la consulta ambulatoria
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Odontograma
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

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

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Resultado o interpretación de los exámenes de apoyo diagnóstico
- d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Hoja de atención de la consulta ambulatoria.
- e. Firma de la planilla de recibido
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Fotocopia de la fórmula médica
- d. Firma de la planilla de recibido
- e. Hoja de administración de medicamentos. Si aplica

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

6. Dispositivos médicos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Firma de la planilla de recibido
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. Si aplica

7. Atención de urgencias:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Hoja de atención de urgencias o Epicrisis en caso de haber estado en observación
- d. Copia de la Hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de todos los exámenes de apoyo diagnóstico en la Hoja de atención de urgencias o Epicrisis en caso de haber estado en observación
- f. Lista de precios si se trata dispositivos médicos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades
- g. Copia de la factura por el cobro al SOAT o ADRES, en caso de accidente de tránsito
- h. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

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

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Resumen de atención o Epicrisis y cuando aplique, Hoja de evolución
- d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de todos los exámenes de apoyo diagnóstico en la Epicrisis
- f. Descripción quirúrgica, si aplica
- g. Registro de anestesia, si aplica
- h. Lista de precios si se trata de dispositivos médicos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades
- i. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT o ADRES, en caso de accidente de tránsito
- j. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

9. Traslado:

- a. Factura electrónica
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- d. Hoja de traslado
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

10. Honorarios profesionales:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012"

f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

C. Listado estándar de soportes de las facturas para el mecanismo de pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

- a. Factura electrónica
- b. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Resumen de atención o Epicrisis.
- d. Descripción quirúrgica. Si aplica
- e. Registro de anestesia. Si aplica
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

D. Listado estándar de soportes de las facturas para el mecanismo de pago por capitación

- a. Factura electrónica
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad definidas en el acuerdo de voluntades.
- c. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.