

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2022****()**

Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos.

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 120 del Decreto - Ley 019 de 2012, el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y en el párrafo 2 del artículo 2.5.3.1.1, los artículos 2.5.3.1.3, 2.5.3.1.4, 2.5.3.2.6, 2.5.3.2.7, 2.5.3.2.17, el numeral 1.2 del artículo 2.5.3.4.2.1, el numeral 17 del artículo 2.5.3.4.2.2, los artículos 2.5.3.4.4.1, 2.5.3.4.7.1, 2.5.3.4.7.4, 2.5.3.4.8.1 y 2.5.3.4.8.4 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 179 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 14 la Ley 1122 de 2007, en relación con el campo de acción de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y la regulación del aseguramiento en salud que les corresponde asumir a estas, disponen que dichas entidades deben adelantar procesos de contratación para garantizar la atención en salud a través de la articulación de los servicios, el acceso efectivo a los mismos y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Que el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, ordena que la atención de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud y, el artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 señala la prohibición de la negación en la prestación de servicios; por lo tanto, no se podrán poner barreras para el acceso a dicho servicio, ni exigir autorización alguna para su prestación debiéndose, a fin de garantizar la atención de urgencias, definir el procedimiento para efectuar el envío del informe de dicha atención a las Entidades Responsables de Pago - ERP.

Que a través del Decreto 441 de 2022 se sustituyó el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, regulando algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, y establece mecanismos de protección a los usuarios.

Que en virtud de lo establecido en el artículo 2.5.3.4.2.4 del Decreto 780 de 2016, en los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, se debe incluir la nota técnica, como anexo que hace parte integral del contrato, debiéndose expresar los servicios y tecnologías incluidos en la referida nota técnica, con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA que son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

Que los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud tienen unos elementos mínimos de negociación, como es la caracterización de la población o el análisis de situación en salud, la información adicional que se requiera para que los Prestadores de Servicios de Salud- PSS y los Proveedores de Tecnologías en Salud- PTS estén en capacidad de identificar las condiciones de salud de la población que será atendida, de acuerdo con la modalidad de pago a convenir y la especificación de los reportes de obligatorio cumplimiento que apliquen al objeto contractual, así como los procesos de entrega.

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

Que mediante la Resolución 510 de 2022 se adoptaron por parte de este Ministerio los campos de datos adicionales, en formato XML, para la generación de la factura electrónica de venta del sector salud y se estableció al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS como soporte de la factura electrónica, además de determinarse el proceso de radicación de la factura, los RIPS y los demás soportes de ley, momento a partir del cual se inicia el trámite de reconocimiento y pago de la factura en cumplimiento de los plazos definidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011"

Que el proceso de auditoría de cuentas médicas debe realizarse con sujeción a los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por este Ministerio, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS por los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, quienes los deberán presentar conjuntamente con las facturas de venta y los demás soportes definidos por este Ministerio, sin que la Entidad Responsable de Pago pueda exigir soportes adicionales. A su vez, la denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al citado Manual, para efectos de lo cual, es necesario establecer el trámite que deberán observar las Entidades Responsables de Pago cuando se configure una causal de devolución.

Que no habrá lugar a la solicitud de autorización para la atención integral del cáncer infantil, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley 2026 de 2020, del VIH/SIDA de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 972 de 2005, del cáncer de adultos de conformidad con la Ley 1384 de 2010, en la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud relacionados con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS que este Ministerio haya definido como de obligatorio cumplimiento; las priorizadas por la Entidad Responsable de Pago de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de la situación en salud que esta realice; la gestión de eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública, y todos aquellos en los que así se haya previsto por la normatividad vigente.

Que en virtud de lo consagrado en el artículo 2.5.3.4.7.3 del Decreto 780 de 2016, es deber de las Entidades Responsables de Pago garantizar la integralidad y continuidad del proceso de atención, estableciendo acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, con uno o varios Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, de acuerdo a

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

los parámetros establecidos en el artículo en cuestión; así como mantener actualizados los datos de contacto de las personas, debiendo los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud informar periódicamente a las Entidades Responsables de Pago las novedades que identifiquen para que estas la actualicen, por lo tanto, es necesario establecer el procedimiento para llevar a cabo dicha actualización.

Que es necesario determinar la información que deben reportar y publicar las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud en el sistema, que establezca para el efecto este Ministerio, el cual servirá de insumo para que todos los integrantes del SGSSS ejerzan sus funciones y competencias.

Que mediante la Resolución 3047 de 2008, modificada por las Resoluciones 416 de 2009, y 4331 de 2012 se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Responsables de Pago, definidos en el Decreto 4747 de 2007; y con la Resolución 3253 de 2009, se establecieron los principios generales y los lineamientos que deben ser tenidos en cuenta para definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutivez, y oportunidad en los acuerdos de voluntades mediante el mecanismo de pago por capitación, disposiciones que se hace necesario ajustar en el marco de lo previsto en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Que conforme con lo anteriormente expuesto, se hace necesario establecer disposiciones que faciliten el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, para ofrecer servicios de salud integrales y oportunos, mediante lineamientos específicos relacionados con los procesos de actualización de datos, autorizaciones de servicios, respuestas, referencia y contra referencia, información a la persona, así como la actualización de los requisitos y procedimientos para la facturación y la transferencia de información, unificando variables o campos de datos entre las diferentes fuentes de información del sistema y la actualización de los estándares para la auditoría de cuentas médicas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos, cuando aplique. Igualmente, adóptense los siguientes anexos que hacen parte integral del presente acto administrativo: Anexo Técnico No. 1. Actualización de datos de contacto, solicitud y respuesta de autorizaciones, referencia y contrarreferencia e informe de atención de urgencias, Anexo Técnico No. 2. Disposición de la información a la persona, Anexo Técnico No. 3 Soportes de cobro, Anexo Técnico No. 4. Envío y recepción de los soportes de cobro y Anexo Técnico No. 5. Manual único de devoluciones, glosas y respuestas.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud; a los acuerdos de voluntades celebrados por las entidades que

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”

administran u operan los Regímenes Especial y de Excepción o por el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad y que sean suscritos con los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud a los que les sea aplicable el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la aplicación de las disposiciones previstas en la presente resolución se adoptan las siguientes definiciones:

- 3.1. Autorización:** Aval emitido para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud requeridos por la persona, el cual puede ser específico o integral de acuerdo con las definiciones de autorización específica y autorización integral, respectivamente, a excepción del servicio de urgencias.
 - 3.1.1. Autorización específica:** Aval que se emite para soportar la causa que motiva la atención dentro del plan de manejo inicial establecido por el profesional o el equipo tratante.
 - 3.1.2. Autorización integral:** Aval que se emite para la atención completa de una condición o condiciones en salud, o para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías previamente concertados. Esta autorización podrá ser dada para uno o varios Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud dentro de la red integral e integrada de una Entidad Responsable de Pago.
- 3.2. Radicación:** Es la entrega formal mediante los canales dispuestos las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, todos los días del año por parte del Prestador de Servicios de Salud o el Proveedor de Tecnologías en Salud a la Entidad Responsable de Pago, de la Factura de Venta en Salud, Notas Débito o Crédito, las Notas de ajuste cuando apliquen, el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS y los demás soportes pactados para el pago de los servicios y tecnologías en salud prestados o provistos, de acuerdo con lo establecido en los artículos 19 y 20 de la presente resolución.
- 3.3. Servicios o tecnologías en atenciones electivas o programables:** Son aquellos servicios y tecnologías en salud que se pueden prestar o proveer de manera programada, prioritaria o no, dado que la condición de salud que origina la atención no implica un riesgo inminente para la vida de la persona en el futuro inmediato.
- 3.4. Servicio o tecnología en atención prioritaria:** Son aquellos servicios y tecnologías en salud que se pueden prestar o proveer cuando la condición de salud que origina la atención no pone en riesgo la vida ni las funciones vitales de la persona en el futuro inmediato, pero si genera un incremento potencial en el nivel de compromiso funcional, anatómico o riesgo de complicaciones o secuelas si no hay una atención oportuna.

CAPÍTULO II

ACTUALIZACIÓN Y DEBER DE INFORMACIÓN A LAS PERSONAS

Artículo 4. Procedimiento e instrumento para la actualización de los datos de contacto de las personas. Para la actualización de los datos de contacto de la persona en las bases de datos de la Entidad Responsable de Pago, de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 2.5.3.1.1 y en el artículo 2.5.3.4.7.2 del Decreto 780 de 2016, los Prestadores

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 que se adopta en la presente resolución.

Cada vez que la persona entre en contacto con los servicios, los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, deberán:

1. Validar los datos de contacto de las personas
2. Informar a la Entidad Responsable de Pago las novedades encontradas, a través del medio tecnológico y la periodicidad pactada en el acuerdo de voluntades suscrito entre estos. Su omisión, no podrá convertirse en una barrera para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud.
3. Una vez los datos de contacto sean remitidos a la Entidad Responsable de Pago, esta deberá integrarlos en sus sistemas de información. Esta actualización se deberá reflejar en las bases de datos que se dispongan de manera posterior a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud de su red, en cumplimiento de lo establecido en el numeral 4 y el parágrafo del artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 780 de 2016.

Parágrafo 1. Los Proveedores de Tecnologías en Salud que no atiendan directamente a las personas, no estarán obligados a la actualización de la información de contacto establecida en el presente artículo.

Parágrafo 2. En el caso que la atención de urgencias se dé por un Prestador de Servicios de Salud que no hace parte de la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago, éste remitirá la actualización de los datos de contacto con el informe de atención de urgencias o al momento de radicar la factura de venta.

Artículo 5. Deber de información a la persona. Las Entidades Responsables de Pago deben publicar y disponer a la persona la información de la red integral e integrada de Prestadores y Proveedores de Tecnologías en Salud y mantenerla actualizada con las novedades que se presenten, así como lo concerniente a los equipos básicos de salud de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico No. 2 que se adopta en la presente resolución. Esta información deberá cumplir con las siguientes características:

- a. Desagregación por departamento, municipio o distrito, y en caso de brindar acceso a la información a través de dispositivos electrónicos, deberá incluir la ubicación geográfica del lugar de atención o de los equipos básicos de salud.
- b. Adaptabilidad con enfoque diferencial en la consulta para personas con discapacidad, haciendo énfasis en las limitaciones de comunicación.
- c. Adaptabilidad de acuerdo con la organización sociocultural y étnica.
- d. Disponibilidad y fácil acceso a la información.

Artículo 6. Canales de comunicación con la persona. Las Entidades Responsables de Pago deberán disponer de canales de comunicación seguros, gratuitos, eficientes, intuitivos y ágiles para que cualquier persona consulte la información relacionada con las redes integrales e integradas incluyendo alertas cuando se generen novedades o cambios en su red, los equipos básicos de salud y los mecanismos de interacción pertinentes para garantizar la atención en salud, de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución y la normatividad que el Ministerio expida sobre la materia. Para ello, deberá garantizar como mínimo en sus diferentes canales de atención, lo siguiente:

1. **Canales virtuales:**

Continuación de la resolución *“Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”*

- 1.1 Visualización de manera interactiva de la información, la cual no podrá disponerse mediante documentos o archivos adjuntos cuando se trate de datos relacionados con el artículo 5 de la presente resolución.
- 1.2 Los lugares de atención deben estar georreferenciados y enlazados a una aplicación de mapas virtuales que permita a la persona obtener instrucciones sobre su llegada a los mismos y con acceso a sus sitios web o páginas oficiales para información de contacto e información adicional.
- 1.3 Información georreferenciada que facilite el acceso a los equipos básicos de salud
- 1.4 Disposición de medios de lectura en línea para personas con discapacidad visual.

2. Canales de atención telefónica:

Independientemente si la consulta se realiza a través de audio o por mensajería instantánea atendida por asesores virtuales o *chatbots*, se deberá incluir en el menú principal la opción de consulta de la información de la red integral e integrada, así como de los equipos médicos interdisciplinarios territoriales.

3. Canales de atención presencial:

- 3.1 En las sedes de atención se deberá disponer la información correspondiente en las carteleras de las salas de espera, para la red integral e integrada del municipio y departamento donde dicha sede se encuentra ubicada, en lo referente al artículo 5 de la presente resolución. Así mismo, deberá disponerse la información pertinente para la atención integral con los equipos médicos interdisciplinarios territoriales.
- 3.2 Se podrá disponer de manera adicional, de pantallas interactivas, asistidas y no asistidas para la consulta de la información.
- 3.3 Se deberá informar sobre la posibilidad de consultar esta información en las pantallas de información y carteleras en las salas de espera.
- 3.4 Se deberá contar con atención presencial en módulos de información, con el fin de orientar a la persona en lo referente al artículo 5 de la presente resolución.

Artículo 7. Deber de comunicación a las personas sobre las atenciones en salud recibidas. Las EPS deberán disponer anualmente la información del monto total de los recursos destinados a la atención en salud y tecnologías en salud durante la vigencia anterior, a las personas a su cargo, en los términos del artículo 6 de la presente resolución, y que contenga como mínimo lo siguiente:

1. Monto total destinado a la atención de urgencias relacionado con el número de personas atendidas, en función de la UPC total recibida.
2. Monto total destinado a internación relacionado con el número de personas atendidas, en función de la UPC total recibida.
3. Monto total destinado a acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud relacionado con el número de personas atendidas, en función de la UPC total recibida.
4. Monto total destinado a acciones para atención de población materno perinatal relacionado con el número de gestantes atendidas, en función de la UPC total recibida.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”

5. El valor per cápita de las atenciones en salud y tecnologías recibidas en la anualidad anterior.

Esta información deberá ser reportada en el primer trimestre de cada anualidad, por parte de las EPS y dispuesta a las personas de conformidad con los canales de atención definidos en el artículo 6 de la presente resolución.

Adicionalmente, la EPS deberá disponer trimestralmente la siguiente información a las personas, según corresponda:

1. A las personas con condiciones crónicas y de alto costo, el valor per Cápita de atención para estas.
2. Para las personas atendidas en urgencias e internación, la información de prestaciones y costos totales.

CAPÍTULO III

GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS

Artículo 8. Atenciones sin autorización. En los casos que no aplique autorización de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2.5.3.4.7.3 y 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016, cuando se haya pactado la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud sin necesidad de autorización, o en los casos de atención de urgencias, se deberán contemplar, como mínimo, los siguientes:

1. Por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud:
 - a. Reporte de la información sobre la presunción o confirmación diagnóstica de la atención en salud según aplique, haciendo uso de las fichas de notificación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA, informe de atención de urgencias, o aquellos que las partes hayan pactado cuando se trate de otros eventos.
 - b. Información periódica a la Entidad Responsable de Pago del proceso de atención y resultado de esta.
2. Por parte de la Entidad Responsable de Pago:
 - a. Direccionamiento al Prestador de Servicios de Salud o a la red integral e integrada involucrados en la atención integral de la condición de salud de la persona.
 - b. Seguimiento del proceso de atención en forma periódica y conjunta con el Prestador de Servicios de Salud o la red integral e integrada, a partir de los indicadores establecidos.
 - c. Disposición a través de una herramienta tecnológica de la información que permita el seguimiento por parte de esta de su proceso de atención, la información relacionada con el Proveedor de Tecnologías en Salud, Prestador de Servicios de Salud o la red Integral a Integrada a cargo de los servicios y tecnologías en salud.

Artículo 9. Gestión de la autorización de servicios. Si para la prestación o provisión de servicios o tecnologías en salud, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, integral o específica, o cuando el Prestador de Servicios de Salud

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

o Proveedor de Tecnologías en Salud no haga parte de la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago, deberán utilizar los respectivos campos del Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución y en ningún caso, deberá trasladarse a la persona la gestión de una autorización.

Igualmente, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- i. El trámite de la solicitud de autorización debe ser realizado por el Prestador de Servicios de Salud solicitante de manera integral, en todo caso, la Entidad Responsable de Pago es garante de la prestación oportuna del servicio o tecnología en salud.
- ii. Cuando para la prescripción y el suministro del servicio o tecnología se deba hacer uso de la herramienta de prescripción - MIPRES, o la que haga sus veces, no será necesaria la aplicación de los campos de datos contenidos en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución.
- iii. Cuando no exista acuerdo previamente suscrito o cuando habiendo acuerdo no se especifica el tipo de autorización requerida, la autorización corresponderá a una autorización específica.
- iv. En ningún caso las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud podrán exigir que la persona o su acudiente realice este trámite o exigir la presentación de documentación adicional para la autorización por parte de este.

Procedimiento para dar continuidad a la atención en salud:

1. **Servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario:** Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 una vez el profesional tratante determine que ha finalizado la urgencia, si se requiere la autorización para servicios posteriores sin el egreso hospitalario, procederá lo siguiente:
 - a. La solicitud para continuar la atención la realizará el Prestador de Servicios de Salud, máximo dentro de las dos (2) horas siguientes a la finalización de la atención de urgencias.
 - b. La Entidad Responsable de Pago deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud. En caso de que la Entidad Responsable de Pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado en el Prestador de Servicios de Salud solicitante, realizará las acciones correspondientes del proceso referencia y contrarreferencia, de acuerdo con el artículo 12 de esta Resolución, siempre que no se ponga en riesgo la vida e integridad de la persona dada su condición de salud, según concepto del médico tratante.
 - c. Cuando la Entidad Responsable de Pago requiera información clínica adicional a la contenida en el Anexo Técnico No. 1, esta deberá solicitarla al Prestador de Servicios de Salud dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de autorización, para lo cual el Prestador de Servicios de Salud deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes. Una vez recibida la información adicional, la Entidad Responsable de Pago deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

- d. Si no existe respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago en los términos establecidos en los literales b y c de este numeral 1, el Prestador de Servicios de Salud continuará la atención de acuerdo con la solicitud y facturará anexando la evidencia del envío a la Entidad Responsable de Pago. La Entidad Responsable de Pago no podrá formular glosa a la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o devolverla con motivo que el Prestador de Servicios de Salud no pertenece a la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago.
2. **Servicios en la atención electiva o programable:** La solicitud de servicios electivos se efectuará en el término previsto en el artículo 105 del Decreto - Ley 2106 de 2019, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

2.1 Servicios y tecnologías electivas en atención prioritaria y en caso de poblaciones de especial protección, entre otras, personas con discapacidad y adultos mayores, madres gestantes:

- a. Una vez recibida la solicitud de autorización, remitida por el Prestador de Servicios de Salud, la Entidad Responsable de Pago tendrá un plazo máximo de dos (2) días calendario para definir el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud que realizará la atención, garantizando la disponibilidad y oportunidad.
- b. Dentro del mismo término establecido en el literal a) de este numeral 2.1, la Entidad Responsable de Pago deberá comunicarle a la persona, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud autorizado, la fecha y hora en que se hará la prestación o provisión del servicio o tecnologías en salud, así como toda la información pertinente para que se dé la atención prioritaria.
- c. Si no existe respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago en los términos establecidos en el literal a. de este numeral 2.1 y si el Prestador tiene el servicio requerido habilitado, prestará la atención de acuerdo con la solicitud y facturará anexando la evidencia del envío a la Entidad Responsable de Pago. La Entidad Responsable de Pago no podrá formular glosa a la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o devolverla con motivo que el Prestador de Servicios de Salud no pertenece a la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago.
- d. Si no existe respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago en los términos establecidos en el literal a. de este subnumeral y si el Prestador no tiene el servicio requerido habilitado, realizará las acciones correspondientes del proceso referencia y contrarreferencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 de la presente Resolución.

2.2 Servicios y tecnologías electivas en atención no prioritaria:

- a. Una vez recibida la solicitud de autorización, por el Prestador de Servicios de Salud, la Entidad Responsable de Pago tendrá un plazo máximo de cinco (5) días calendario para coordinar con su red integral de atención y definir el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud que realizará la atención, garantizando la disponibilidad y oportunidad.
- b. Dentro del mismo término establecido en el literal a. de este numeral 2.2 la Entidad Responsable de Pago deberá gestionar con su red integral e integrada y comunicarle a la persona el Prestador de Servicios de Salud o

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”

Proveedor de Tecnologías en Salud autorizado, toda la información pertinente para que se dé la prestación o provisión del servicio o tecnologías en salud, así como toda la información para que se dé la atención prioritaria.

- c. Si no existe respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago en los términos establecidos en el literal a. de este subnumeral y si el Prestador tiene el servicio requerido habilitado, prestará la atención de acuerdo con la solicitud y facturará anexando la evidencia del envío a la Entidad Responsable de Pago. La Entidad Responsable de Pago no podrá glosar la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o devolverla con motivo que el Prestador de Servicios de Salud no pertenece a la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago.

Parágrafo 1. En el caso de la atención de urgencias, cuando el Prestador de Servicios de Salud no pueda identificar la Entidad Responsable de Pago, este deberá enviarle a la entidad territorial de Salud de orden departamental, distrital o municipal, la solicitud de autorización posterior a la atención de urgencias en los términos establecidos en los artículos 19 y 20 de la presente resolución y una vez sea identificada o asignada la Entidad Responsable de Pago, el Prestador de Servicios de Salud deberá allegar copia a esta última.

Parágrafo 2. En el caso que la persona no esté de acuerdo con el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud asignado, en ejercicio de su derecho a la libre elección, podrá solicitar el cambio dentro de las opciones disponibles en la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago, quién deberá dar respuesta en los términos establecidos en el literal a. del numeral 1 y el literal a. de los numerales 2.1 y 2.2 del presente artículo, según corresponda.

Parágrafo 3. Solo podrán anularse autorizaciones de servicios y tecnologías en salud que no hayan sido prestados o provistos, siempre y cuando la Entidad Responsable de Pago autorice de manera inmediata la prestación o provisión del servicio o tecnología en otro Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud de su red.

Parágrafo 4. En ningún caso se podrá trasladar a la persona o a su acudiente, el trámite de cotizaciones de precios de servicios o tecnologías en salud o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de la Entidad Responsable de Pago. En caso de requerirse una cotización, la gestión de esta será realizada directamente por la Entidad Responsable de Pago y el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la presente resolución.

Artículo 10. Vigencia de las autorizaciones. Las autorizaciones tendrán las siguientes vigencias:

1. **Para servicios y tecnologías posteriores a la atención de urgencia sin egreso hospitalario:** Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 una vez el profesional tratante determine que ha finalizado la urgencia, si se requiere la autorización para servicios posteriores sin el egreso hospitalario, la vigencia de esta corresponderá a lo siguiente:
 - a. Las autorizaciones específicas tendrán una vigencia de cuarenta y ocho (48) horas, contadas desde la respuesta a la solicitud de la autorización o el vencimiento del término para la respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago, tiempo en el cual el Prestador de Servicios de Salud deberá garantizar las atenciones pertinentes.

Continuación de la resolución *“Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”*

En caso de que el Prestador de Servicios de Salud no pueda iniciar el plan de manejo en este tiempo, podrá solicitar una prórroga por un tiempo equivalente o la Entidad Responsable de Pago podrá definir alternativas dentro de su red.

- b. La vigencia de las autorizaciones integrales será aquella que determine la Entidad Responsable de Pago al momento de expedirlas.

2. **Para servicios y tecnologías electivos:** El tiempo de vigencia de la autorización será de ciento ochenta (180) días calendario y la Entidad Responsable de Pago deberá considerar las siguientes precisiones:

- a. La autorización de oxígeno domiciliario para personas con condiciones crónicas se expedirá por una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el profesional tratante disponga que este no se requiere. No obstante, la Entidad Responsable de Pago deberá garantizar el seguimiento del estado de salud de las personas y la respuesta a la terapia, con el fin de verificar la necesidad de ajustar la dosificación y seguimiento, sin entenderse este proceso como una nueva autorización.
- b. En los casos que no se realice la prestación o provisión durante el tiempo de vigencia de la autorización, la Entidad Responsable de Pago deberá realizar seguimiento de la atención, con el fin de identificar la necesidad de ajuste en la prescripción inicial dentro de su red, y en ningún caso se podrá trasladar a la persona la solicitud de una nueva autorización.

Artículo 11. Procedimiento para el Informe de la atención de urgencias. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1751 de 2015, al momento de la atención de urgencias, el Prestador de Servicios de Salud debe enviar a la Entidad Responsable de Pago el informe de la atención de urgencias, con el fin de que esta última defina las acciones que garanticen la integralidad del proceso de atención de la persona o prevea la gestión pertinente frente a la condición de salud de la persona.

Para el Informe de la atención de urgencias de que trata el artículo 2.5.3.2.6 del Decreto 780 de 2016, los Prestadores de Servicios de Salud utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1, que hace parte integral de la presente resolución. El envío del Informe de la atención de urgencias a la Entidad Responsable de Pago se realizará a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, conforme lo establece la precitada norma, con lo cual esta no podrá ser objeto de glosa por parte de la Entidad Responsable de Pago.

Parágrafo. Cuando el Prestador de Servicios de Salud no pueda identificar la Entidad Responsable de Pago, este deberá enviar el informe de atención de urgencias a la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal, en el mismo término definido en artículo 2.5.3.2.6 del Decreto 780 de 2016. Una vez sea identificada o asignada la Entidad Responsable de Pago, el Prestador de Servicios de Salud deberá allegar el informe de atención de urgencias a la Entidad Responsable de Pago correspondiente, quien deberá asumir lo correspondiente para el pago de los servicios prestados, sin ser objeto de glosa

Artículo 12. Procedimiento de referencia y contrarreferencia. Para este procedimiento se seguirá lo siguiente:

1. El Prestador de Servicios de Salud remitente enviará a la Entidad Responsable de Pago la solicitud, haciendo uso de los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, con copia de la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

2. Una vez recibida la solicitud, la Entidad Responsable de Pago deberá responder en un término máximo de dos (2) horas, definiendo el Prestador de Servicios de Salud receptor dentro de su red integral e integrada para la atención requerida o por fuera de esta si no hay disponibilidad.
3. La respuesta de la Entidad Responsable de Pago deberá ser enviada al Prestador de Servicios de Salud receptor con copia al Prestador de Servicios de Salud solicitante, y deberá ser informada a la persona o a su contacto de emergencia, por medio de los canales definidos en los artículos 19 y 20 de la presente resolución.
4. En el caso que, transcurridas las dos (2) horas posteriores a la solicitud de referencia, no se obtenga respuesta de la Entidad Responsable de Pago, el Prestador de Servicios de Salud remitente deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE para que este, en atención al artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010 y el artículo 14 de la Resolución 926 de 2017 o las normas que las modifiquen o sustituyan, asigne el Prestador de Servicios de Salud receptor o el servicio de transporte asistencial, de ser necesario, dentro de la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago o por fuera de esta si no hay disponibilidad. En este caso, el Prestador de Servicios de Salud remitente deberá enviarle al Prestador de Servicios de Salud receptor, el soporte del envío a la Entidad Responsable de Pago de la solicitud de autorización.
5. Una vez autorizada la referencia o asignado el receptor por parte del CRUE, la Entidad Responsable de Pago deberá garantizar el traslado de la persona al Prestador de Servicios de Salud receptor, con la oportunidad requerida para continuar su proceso de atención.

El Prestador de Servicios de Salud receptor no podrá negarse a recibir a la persona remitida, una vez haya aceptado su remisión y deberá continuar el manejo requerido por la persona.

6. Cuando el Prestador de Servicios de Salud receptor considere que la persona puede continuar su manejo en el Prestador de Servicios de Salud remitente o en otro Prestador de Servicios de Salud con servicios de menor complejidad, deberá enviar a la Entidad Responsable de Pago el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución con los campos que corresponden a la contrarreferencia y adjuntar copia de la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias.
7. En los casos que, en el marco de un proceso de referencia, el Prestador de Servicios de Salud receptor esté ubicado en un municipio diferente al municipio de residencia de la persona, la Entidad Responsable de Pago deberá iniciar el proceso de contrarreferencia al Prestador de Servicios de Salud que realizó la remisión inicial o a un Prestador de Servicios de Salud en el municipio de residencia de la persona que pueda dar continuidad al manejo clínico instaurado.

Parágrafo 1. Sin perjuicio del procedimiento establecido en el presente artículo, el Prestador de Servicios de Salud remitente deberá garantizar la continuidad de la atención de la persona mientras se produce el traslado a otro Prestador de Servicios de Salud. Por su parte, la Entidad Responsable de Pago deberá reconocer y pagar el valor de los servicios prestados por el Prestador de Servicios de Salud remitente, mientras se asume el manejo por parte del Prestador de Servicios de Salud receptor.

Parágrafo 2. Si el motivo de la referencia corresponde a una situación que pone en riesgo la vida de la persona, incrementa el riesgo para la pérdida anatómica o funcional de un

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”

miembro u órgano de la persona o la aparición de secuelas, el Prestador de Servicios de Salud remitente deberá informar al CRUE para que este defina el traslado de la persona al Prestador de Servicios de Salud que cuente con los servicios necesarios, con el fin de continuar la atención a la persona e informar a la Entidad Responsable de Pago a través de los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución. En estos casos, el Prestador de Servicios de Salud receptor indicado por el CRUE no podrá negarse a recibir a la persona y prestar la atención requerida.

En los casos en los que el CRUE sea el que determine el Prestador de Servicios de Salud receptor o el servicio de transporte asistencial, la Entidad Responsable de Pago deberá reconocer y pagar lo correspondiente en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y, en el caso de no existir acuerdo, en la normativa vigente.

La Entidad Responsable de Pago no podrá glosar la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o devolverla con motivo que el Prestador de Servicios de Salud no pertenece a la red integral e integrada de la Entidad Responsable de Pago. Para lo anterior el Prestador de Servicios de Salud deberá conservar la evidencia de la gestión realizada por el CRUE.

Parágrafo 3. En caso que el Prestador de Servicios de Salud receptor se niegue a recibir a la persona, la Entidad Responsable de Pago pondrá en conocimiento de la Dirección Territorial de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud el hecho para lo pertinente, de conformidad con la normatividad vigente.

CAPÍTULO IV

SOPORTES, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LAS FACTURAS

Artículo 13. Soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías en salud. Los soportes de cobro son los definidos en el Anexo Técnico No. 3 que se adopta en la presente resolución, y no se podrán exigir soportes adicionales para el trámite y pago de las facturas de venta en salud.

En los acuerdos de voluntades se deberá pactar y dejar especificado cuáles son los soportes que acompañarán la factura de venta en salud, los cuales deben incluir de manera obligatoria el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS- para todos los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud que realicen atención directa a la persona, y no se podrán incluir soportes adicionales a los establecidos en el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución, de acuerdo con la modalidad de pago pactada, constituyéndose un requisito para dar por radicada la factura, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 o aquella que la modifique o sustituya. En los acuerdos de voluntades se podrá pactar el envío de menos soportes de los que trata el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución.

Los canales de radicación de las facturas de venta en salud con sus notas crédito, débito o de ajuste, según corresponda, y sus soportes de cobro, deberán ser incluidos en los acuerdos de voluntades y el proceso de radicación deberá realizarse de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 y en concordancia con lo dispuesto en los artículos 19 y 21 de la presente resolución. Los soportes que hagan parte de este proceso deben ser enviados de forma digital o electrónica de acuerdo con lo definido en el Anexo Técnico No. 4 de la presente resolución.

Parágrafo 1. En el caso que el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud no entregue los soportes en el término establecido en el artículo 5 de la Resolución

Continuación de la resolución *“Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”*

510 de 2022 o aquella que la modifique o sustituya, la Entidad Responsable de Pago aplicará la causa de devolución correspondiente y el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud expedirá la nota crédito al 100% de la factura de venta.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías prescritos a través de MIPRES tendrán como soportes lo correspondiente a la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Los Proveedores de Tecnologías en Salud que no realicen la atención directa a la persona, no están obligados a presentar los soportes definidos en el Anexo Técnico No. 3 ni a diligenciar y presentar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS; por lo cual, las Entidades Responsables de Pago no podrán exigirles el envío de estos soportes para el trámite y pago de la factura de venta en salud.

Artículo 14. Auditoría de cuentas médicas. La auditoría de cuentas médicas debe realizarse con base en los soportes establecidos en los Anexos Técnicos Nos. 3 y 5 de la presente resolución, así como lo pertinente frente a la modalidad de pago, el objeto contractual, las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS cuando aplique, las Guías de Práctica Clínica y Protocolos y los demás insumos técnicos pactados.

La responsabilidad de llevar a cabo la auditoría de las cuentas médicas es de las Entidades Responsables de Pago, en caso de que se contrate dicho proceso con un tercero éste deberá atender en su integridad a lo establecido en el presente acto administrativo y lo dispuesto en el acuerdo de voluntades, sin que haya lugar a exigir condiciones o requisitos adicionales a los definidos en esta Resolución y a los pactados contractualmente.

Artículo 15. Manual único de devoluciones, glosas y respuestas. Adóptese el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, en el Anexo Técnico No. 5 que hace parte de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento en los acuerdos de voluntades sujetos a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y en el artículo 2.5.3.4.4.5 del Decreto 780 de 2016 referente a los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como aquellos en los que se haya pactado su aplicación.

Parágrafo 1. No se podrán crear o eliminar causas de glosas o devoluciones, adicionales a las previstas en el Anexo Técnico No. 5 de la presente resolución, tampoco modificarse lo allí dispuesto.

Parágrafo 2. En el proceso de auditoría de cuentas médicas realizado en aplicación del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, no se podrán aplicar conceptos de devoluciones o glosas establecidos en el manual objeto del presente artículo, que causen rechazo del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud sobre situaciones que hayan sido ya abordadas en las reglas de validación establecidas por parte de este Ministerio, de acuerdo con lo determinado en la Resolución 1036 de 2022 o aquella que la modifique o sustituya, incluidas en los mecanismos tecnológicos para este fin.

Parágrafo 3. Se considera una mala práctica por la Entidad Responsable de Pago, el Prestador de Servicios de Salud o el Proveedor de Tecnologías en Salud, la aplicación o aceptación, según corresponda, de porcentajes globales de glosa mediante el uso del manual objeto del presente artículo, toda vez que debe identificarse cada uno de los servicios o tecnologías objetos de glosa y su concepto.

Artículo 16. Trámite de devoluciones. A partir de la radicación de la factura de venta en salud podrán realizarse devoluciones por las causas establecidas en el numeral 5.2 del Anexo Técnico No. 5 de la presente resolución y no se podrán acordar o aplicar causas de devolución distintas o adicionales a las allí determinadas.

Continuación de la resolución “*Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos*”

El proceso para las devoluciones es el siguiente:

1. A partir de la radicación, la Entidad Responsable de Pago contará con un término de cinco (5) días hábiles para formular y comunicar a los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, por una única vez, la devolución de la Factura de Venta en Salud, con base en la codificación del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas definido en el Anexo Técnico No. 5 que hace parte integral de la presente resolución. Una vez vencido dicho término, no será posible aplicar devoluciones a la factura de venta.
2. En caso que la Entidad Responsable de Pago comunique una devolución en los términos establecidos en el numeral 1 de la presente resolución y que el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud considere que la misma es injustificada, podrá dar respuesta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la misma. Una vez vencido dicho término no será posible dar respuesta a las devoluciones recibidas, entendiéndose así que el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud está de acuerdo con el motivo de devolución, debiendo realizar la respectiva nota crédito.
3. El plazo establecido en el numeral 1 del presente artículo se cuenta a partir de la fecha de radicación de la factura de venta e inicia de forma simultánea al plazo establecido en el inciso primero del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 para la formulación de glosas. En caso de no existir devoluciones o de haberse determinado que la devolución era injustificada, se entenderá que el trámite de la factura de venta se encuentra cursando los términos definidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 17. Aplicación del detalle de pagos. Si el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud no informa la aplicación del detalle de los pagos en los plazos previstos en los artículos 2.5.3.4.5.1, 2.5.3.4.5.2 y 2.5.3.4.5.6 del Decreto 780 de 2015, según corresponda, se entenderá que el pago fue aplicado a la factura más antigua que haya sido aceptada expresa o tácitamente, que se encuentre pendiente de pago y sobre la cual no haya operado la prescripción. En todo caso, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 y los artículos 2.5.3.4.5.7 y 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2015, no se podrán aplicar pagos a intereses de mora, cláusulas penales o multas contractuales, derivados de dichas facturas, con cargo a los recursos destinados para la atención en salud.

Parágrafo. El detalle de la relación de facturas informado a la ADRES, sobre las cuales esta realizó giro directo a los Prestador de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, debe corresponder con el detalle que la Entidad Responsable de Pago informe a los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 2.5.3.4.5.1 y 2.5.3.4.5.2 del Decreto 780 de 2015, sin que este pueda ser objeto de modificación.

Artículo 18. Reintegro, devoluciones y descuentos de recursos Cuando se realice un reintegro, devolución o descuento de recursos, en los términos establecidos en los artículos 2.5.3.4.5.4 y 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016, la Entidad Responsable de Pago y el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, cada uno de manera independiente, deberá reportar en el Sistema de Información Financiera y Asistencial el motivo, valor y factura sobre la cual se realiza el reintegro, devolución o descuento, indicando adicionalmente el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, la respectiva Nota Crédito mediante la cual efectúa el registro contable de dicho reintegro, devolución o descuento.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos"

Hasta tanto entre en operación el Sistema de Información Financiera y Asistencial, la Entidad Responsable de Pago y el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud el motivo, valor y factura sobre la cual se realiza el reintegro, devolución o descuento, en los términos que dicha Superintendencia determine.

CAPÍTULO V

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN Y CANALES TRANSACCIONALES

Artículo 19. Medios de transferencia de información. Las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud deberán definir en su acuerdo de voluntades las soluciones tecnológicas que garanticen la autenticidad, integridad, veracidad, calidad, disponibilidad y fiabilidad para los datos e información de los anexos de la presente resolución, así como la información adicional que pacten entre las partes y, deberán utilizar las técnicas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o fraudulento o no autorizado al mismo. La seguridad y circulación de la información será restringida, de acuerdo con lo establecido en la normativa expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones y teniendo en cuenta la Ley Estatutaria 1581 de 2012 o la que la modifique o sustituya y, lo siguiente:

1. Cualquier plataforma tecnológica o dispositivo electrónico que se utilice para desarrollar las actividades de transferencia de información debe cumplir con los lineamientos de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regula la materia, que cumplan con los criterios de seguridad del servicio de intercambio de información, que controle los permisos de acceso por origen y persona de la plataforma y que disponga de certificados de seguridad, algoritmos de cifrado y que garanticen la seguridad, la privacidad y la confidencialidad de la información.
2. Cuando las plataformas tecnológicas o los dispositivos electrónicos sean de propiedad de terceros, será responsabilidad de las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, verificar las condiciones de seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos que se recogen, transmiten o del tratamiento que se le dé.
3. Las plataformas tecnológicas deberán cumplir con los estándares de interoperabilidad que se establezcan tanto en contenidos como en el intercambio electrónico de datos, de acuerdo a la normatividad que regula la materia.
4. Las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud deberán contar con procesos automatizados y en línea, que contengan la trazabilidad cronológica de la transferencia de información y el acuse de recibo de la información enviada, para cada una de las transacciones que se realicen, de conformidad con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o la que la modifique, o sustituya. De igual forma, se deberá identificar el plan de contingencia, como mecanismo excepcional y temporal, a utilizarse para situaciones en las cuales no sea posible realizar los procesos a través de las soluciones tecnológicas acordadas y deberán conservar evidencia del envío de la información a la que hace referencia la presente resolución.

Continuación de la resolución *“Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”*

Parágrafo. Como plan de contingencia para la radicación, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, se podrá hacer uso de correo electrónico certificado y el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud no tendrán que radicar posteriormente en el medio tecnológico pactado en el acuerdo de voluntades.

Artículo 20. Publicación de canales transaccionales. Las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud deberán disponer canales transaccionales virtuales, telefónicos o presenciales, que garanticen la comunicación entre las partes respecto a los trámites relacionados con la implementación de las disposiciones de la presente resolución, para lo cual deberán cumplir como mínimo lo siguiente:

1. Disponer de canales de atención las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, todos los días del año, para la transferencia de información relacionada con los procedimientos de actualización de datos, informe de atención de urgencias, solicitud y respuesta de autorizaciones, referencia y contrarreferencia, los cuales deberán operar diferencialmente para cada proceso.
2. Disponer de los canales transaccionales acordados en el proceso de radicación pactado en los acuerdos de voluntades.
3. Contar con información actualizada en su sitio web, plataformas y aplicaciones oficiales de todos los canales transaccionales dispuestos entre las partes, sin importar que exista o no un acuerdo de voluntades escrito.
4. La información debe ser de fácil acceso y los canales definidos deben contar con capacidad suficiente para recibir la información requerida en los diferentes procedimientos.

Parágrafo. En caso tal que el canal de atención principal falle, se debe coordinar entre las partes un canal alternativo para la transferencia de información de los trámites relacionados con la implementación de las disposiciones de la presente resolución, el cual deberá operar diferencialmente por cada proceso.

CAPÍTULO VI

ACUERDOS DE VOLUNTADES

Artículo 21. Contratación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para la contratación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad deberán promoverse modalidades de pago, que apunten al logro efectivo de los resultados en salud, diferentes a la capitación en cumplimiento al parágrafo transitorio del artículo 52 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 22. Indicadores para el seguimiento de los acuerdos de voluntades. Para los indicadores que hagan parte del seguimiento del acuerdo de voluntades, se deben definir las metas, umbrales o rangos que serán tenidos en cuenta para verificar su cumplimiento. Estas definiciones deben cumplir como mínimo lo siguiente:

1. La línea de base de los indicadores pactados y los avances en la gestión durante el término ejecutado, incluyendo los términos de las prórrogas o renovaciones automáticas.

Continuación de la resolución *“Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos”*

2. Tener como base la normativa y los lineamientos técnicos que este Ministerio haya establecido, cuando los servicios y tecnologías en salud correspondan al cumplimiento de objetivos del país, acuerdos multinacionales, políticas públicas, tratados internacionales o similares, o en su defecto, lo pactado, deberá fundamentarse en la mejor evidencia científica, técnica y administrativa disponible.
3. Podrá definirse progresividad en su cumplimiento teniendo en cuenta la línea de base, el tiempo definido para el logro final de los mismos y los avances realizados en los indicadores en caso de prórrogas o renovaciones automáticas. La evaluación de la progresividad deberá realizarse con la periodicidad de seguimiento que se haya definido en el acuerdo de voluntades.
4. Los indicadores pactados deberán tener como eje de medición a la persona y la población y no la frecuencia en la prestación de servicios y tecnologías en salud.
5. De ser necesario, bajo el mismo acuerdo de voluntades, los indicadores podrán contar con metas, umbrales o rangos diferenciales, considerando la viabilidad operativa y financiera del acuerdo y de conformidad con la adaptabilidad en la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud.

Parágrafo 1. En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y el cumplimiento de los indicadores pactados, estos deberán ser ajustados de manera inmediata o en el desarrollo de las nuevas condiciones y los efectos causados por las afectaciones presentadas.

Parágrafo 2. En los indicadores pactados en el acuerdo de voluntades se deben contemplar aquellos factores que impacten las metas propuestas relacionados por factores geográficos, negativa de la persona para recibir la atención por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnología en Salud, y cualquier otra situación que afecte la cobertura, ajustando lo pertinente en el desarrollo del acuerdo de voluntades y evitando las glosas asociadas.

Artículo 23. Nota técnica y mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, suscritos entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, se debe incluir la nota técnica, especificando los mecanismos de ajuste de riesgos frente a las desviaciones encontradas durante su seguimiento. Como mínimo, en los acuerdos de voluntades se deberán contemplar mecanismos de ajuste de riesgos en los siguientes casos:

- a. Cuando por asignaciones de personas, la población de la Entidad Responsable de Pago aumente o disminuya, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 2.1.11.1 a 2.1.11.12 del Decreto 780 de 2016 o de la norma que los modifique o sustituya.
- b. En los casos de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud.
- c. En casos de ajustes en la red integral e integrada por parte de la Entidad Responsable de Pago.
- d. Al existir cambios en la cobertura de los servicios y tecnologías en salud pactadas.
- e. Si durante la ejecución del acuerdo de voluntades se evidencia un perfil de morbilidad diferente al conocido al momento de suscribir el acuerdo y elaborar la nota técnica,

Continuación de la resolución “*Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos*”

atribuible a la deficiencia en la información de la caracterización poblacional entregada por la Entidad Responsable de Pago.

- f. Si durante la ejecución del acuerdo de voluntades se evidencia un empeoramiento del perfil de morbilidad de la población sujeto, secundario a un evento imprevisible de afectación masiva fuera del alcance de la gestión del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud.
- g. En casos donde se priorice a nivel territorial la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud, en atención a la respuesta a indicadores priorizados de salud pública y atención primaria en salud.

Artículo 24. *Obligatoriedad del reporte de información.* Las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud deberán reportar la información de conformidad con los manuales, instructivos, tablas de referencia y demás documentación técnica relacionada a través del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA, una vez este sea implementado por este Ministerio.

**CAPÍTULO VII
DISPOSICIONES FINALES**

Artículo 25. *Inspección, vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias, adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control, respecto al cumplimiento de lo establecido en la presente resolución.

Artículo 26. *Transitoriedad.* Las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud tendrán hasta el 01 de Julio de 2023 para implementar las disposiciones contenidas en la presente resolución. Hasta tanto se cumpla este plazo, deberán dar aplicación a las disposiciones establecidas en las Resoluciones 3047 de 2008, 416 de 2009 y, 4331 de 2012 y en la Resolución 3253 de 2009.

Parágrafo 1. Los acuerdos de voluntades entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud que se encuentren en curso a la fecha de expedición de la presente resolución, tendrán hasta el 01 de julio de 2023 para ajustarse a lo dispuesto en la presente resolución.

Parágrafo 2. La nota técnica de los acuerdos de voluntades que se rigen por lo establecido en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 se deberá implementar a más tardar el 01 de julio de 2023 en los términos del artículo 23 de la presente resolución.

Artículo 27. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de su publicación y surte efectos a partir del 01 de julio de 2023. A partir del 01 de julio de 2023, se derogan la Resolución 3047 de 2008, modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 4331 de 2012 y, la Resolución 3253 de 2009.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

Continuación de la resolución “*Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades celebrados entre estos*”

DIANA CAROLINA CORCHO MEJIA
Ministra de Salud y Protección Social

Aprobó:
Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios
Viceministerio de Protección Social
Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Dirección de Financiamiento Sectorial
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
Dirección Jurídica

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los formatos, mecanismos de envío de información, procesos, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

ANEXO TECNICO No. 1

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO, SOLICITUD Y RESPUESTA DE AUTORIZACIONES, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA E INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

1. Objetivo

Definir los campos de datos estandarizados de los siguientes trámites entre la Entidad Responsable de Pago, con los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud:

- a. Informe de actualización de datos de la persona
- b. Informe de atención de urgencias
- c. Solicitud de autorización
- d. Respuesta de autorización
- e. Referencia
- f. Contrarreferencia

De acuerdo con los mecanismos de transferencia de información definidos entre las partes, de conformidad a lo establecido en los artículos 19 y 20 de la presente resolución, el uso de las variables de este anexo corresponderá solamente a las marcadas con “X” en la columna del trámite respectivo.

A continuación, se relacionan las variables a diligenciar, con la descripción y longitud correspondiente:

No	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de la atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrarreferencia	Longitud	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
1	Procedimiento objeto de la información	x	x	x	x	x	x	1	N	1. Actualización de datos de contacto 2. Informe de atención de urgencias 3. Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud 4. Autorización de servicios y tecnologías en salud 5. Referencia 6. Contrarreferencia	Describe a qué trámite(s) corresponden los campos de datos enviados: Actualización de datos de contacto, Informe de atención de urgencias, Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud, Respuesta a la autorización de servicios y tecnologías en salud, Referencia o Contrarreferencia.
2	Consecutivo del procedimiento objeto de la información	x	x	x	x	x	x	20	A	Desde 1	Corresponde al número consecutivo asignado por el Prestador de Servicios de Salud, Proveedor de Tecnologías en Salud o Entidad Responsable de Pago para el trámite correspondiente. El número deberá tener una longitud entre 10 a 20 dígitos, que inicie por la fecha en formato AAAAMMDD y el consecutivo numérico asignado por cada Prestador de Servicios de Salud, Proveedor de Tecnologías en Salud o Entidad Responsable de Pago.
3	Fecha y hora	x	x	x	x	x	x	16	F	AAAA-MM-DD-HH:MM	Fecha y hora en la que se realiza el trámite correspondiente.
4	Número de solicitud de la				x		x	20	A	Desde 1	Número consecutivo de la solicitud de la autorización o de referencia que asignó el

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los formatos, mecanismos de envío de información, procesos, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

	autorización o referencia										Prestador de Servicios de Salud.
5	Fecha y hora de la solicitud de autorización				x			16	F	AAAA-MM-DD-HH:MM	Corresponde a la fecha de la solicitud de autorización enviada por el Prestador de Servicios de Salud a la cual está respondiendo la Entidad Responsable de Pago respectiva. Debe ser una fecha anterior a la fecha de respuesta de la autorización.
6	Número de identificación del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	9	N	Número del NIT del obligado a reportar	Tablas de referencia OTIC para Proveedores de Tecnologías en Salud
7	Código del Prestador de Servicios de Salud o del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	12	N	Tabla de referencia Prestadores de Servicios de Salud.	Código otorgado al Prestador de Servicios de Salud o del obligado a reportar. El código se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para Prestadores de Servicios de Salud o en "IPSnoREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador corresponde al asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de Proveedores de Tecnologías en Salud.
8	Código Entidad Responsable de Pago	x	x	x	x	x	x	6	A	Tabla de referencia entidades responsables de pago.	Código asignado a la entidad responsable de pago.
9	Primer apellido de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Primer apellido de la persona
10	Segundo apellido de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Segundo apellido de la persona
11	Primer nombre de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Primer nombre de la persona
12	Segundo nombre de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Segundo nombre de la persona
13	Tipo de documento de identificación de la persona	x	x	x	x	x	x	2	A	Tipo de documento de identificación de la persona	Informar dato según tabla de referencia: TipoldPISIS, en web.sispro.gov.co. De acuerdo con la resolución 4622 de 2016 de este Ministerio y la resolución 2153 de 2021 de la ADRES o las que la modifique o sustituya, cuando se utilicen los tipos de documentos "AS" adulto sin identificar o "MS" menor sin identificar, se debe validar que la estructura del número de documento corresponda a las establecidas en la normativa.
14	Número de documento de identificación de la persona	x	x	x	x	x	x	20	A	Corresponde al número del documento de identificación de la persona	Corresponde al número del documento de identificación de la persona.
15	Fecha de nacimiento de la persona	x	x	x	x	x	x	10	F	AAAA-MM-DD	Fecha de nacimiento. Las validaciones correspondientes con este campo y el tipo de documento son las descritas para el campo U04 del numeral 3.2 del anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022.
16	Dirección de la persona	x	x	x	x	x	x	80	A	Dirección de residencia habitual de la persona	Registre la dirección que indique la persona o acudiente como residencia habitual.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los formatos, mecanismos de envío de información, procesos, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

17	Teléfono de la persona	x	x	x	x	x	x	10	N	Corresponde al número telefónico de la persona	Corresponde al número telefónico de contacto habitual con la persona, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos
18	Municipio de residencia habitual de la persona	x	x	x	x	x	x	5	N	Tabla de municipios del DANE	Código de 5 caracteres según la clasificación sociopolítica del DANE. Informar datos según tabla de referencia: "municipio" en web.sispro.gov.co
19	Correo electrónico de la persona	x		x	x	x	x	50	A	Corresponde al correo electrónico del contacto habitual con la persona.	Corresponde al correo electrónico del contacto habitual con la persona, el cual debe tener en el formato el nombre de la persona, seguido por el símbolo de arroba (@) y luego el dominio de la web donde está anidado.
20	Dirección alternativa para la atención	x	x	x	x	x	x	80	A	Dirección opcional que indique la persona, deberá incluir el municipio de ubicación.	Registre la dirección que indique la persona o acudiente como aquella alternativa a la de residencia para ser usada como referencia en la atención, puede corresponder a la dirección laboral, escolar u otra, que sea preferida por la persona a la de residencia. En caso de que la persona prefiera la dirección de residencia como la referencia para su atención, no es necesario informar este campo.
21	Nombre del contacto de emergencia	x						120	A	Letras	Corresponde a nombres y apellidos del contacto de emergencia de la persona.
22	Teléfono de contacto de emergencia	x					x	10	N	Corresponde al número telefónico del contacto de emergencia de la persona	Corresponde al número telefónico de contacto de emergencia de la persona, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos
23	Causa que motiva la atención		x	x			x	2	A	Indicador de la causa que origina el servicio o tecnología de salud	Informar datos según tabla de referencia: "RIPSCausaExternaVersion2", en web.sispro.gov.co teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la causa que origina la demanda de la atención
24	Clasificación triage		x					1	N	Triage en el que se clasificó la persona al momento de la atención de urgencias	Indique la clasificación dada a la persona por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la Resolución 5596 de 2015 o la que la modifique o sustituya, según tabla de referencia: "ClaseTriage", en web.sispro.gov.co
25	Fecha y hora de ingreso de la persona		x					16	F	AAAA-MM-DD hh:mm	Fecha y hora de la persona a la urgencia con observación. AAAA-MM-DD hh:mm
26	Vía de ingreso de la persona al servicio de salud		x					2	N	Identificador para determinar la vía de ingreso de la persona al servicio de urgencias	Indique la forma en la que la persona demandó el servicio de urgencia. Los valores reportados se deben encontrar en la tabla de referencia: "VialIngresoPersona" en web.sispro.gov.co
27	Código del prestador que remite		x				x	12	A	Tabla de referencia Prestadores de Servicios de Salud.	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al Prestadores de Servicios de Salud o del obligado a reportar. El código se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los formatos, mecanismos de envío de información, procesos, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

											prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador corresponde al asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de Proveedores de Tecnologías en Salud.
28	Diagnóstico principal código		x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
29	Diagnóstico relacionado 1 código		x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
30	Diagnóstico relacionado 2 código		x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
31	Diagnostico relacionado 3 código		x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
32	Condición y destino de la persona		x			x	x	2	N	Identificador para determinar la condición y el destino de la persona al egreso de la atención de urgencias con observación, según aplique.	Informar datos según tabla de referencia: "condicionydestinopersonaenrgeso" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación y destino de la persona, disponible en web.sispro.gov.co
33	Prioridad de la atención			x		x	x	2	N	01: Prioritaria 02: No prioritaria	Corresponde a la prioridad de atención de la persona de acuerdo con el artículo 9 numerales 2.1 y 2.2 de esta Resolución.
34	Tipo de atención solicitada			x		x	x	2	N	01: Posterior a la atención de urgencias sin egreso hospitalario 02: Servicios y tecnologías electivos	Corresponde al momento en el que se requiere la atención solicitada, bien sea una vez finalizada la atención de urgencias o en el marco de un proceso de atención programable.
35	Grupo de servicios			x	x	x	x	2	N	Representa el conjunto de servicios que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir	Informar datos según tabla de referencia "gruposervicios" en web.sispro.gov.co

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los formatos, mecanismos de envío de información, procesos, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

36	Modalidad de realización de la tecnología de salud			x	x	x	x	2	N	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios.	Informar datos según tabla de referencia "modalidadatención" en web.sispro.gov.co
37	Código del servicio REPS para el cual se solicita la referencia					x	x	4	N	Código del servicio que según la norma de habilitación del SGSSS representa la unidad básica habilitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recurso humano, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de atención en salud.	Código otorgado al Prestador de Servicios de Salud o del obligado a reportar. El código se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para Prestadores de Servicios de Salud o en "IPSnoREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador corresponde al asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de Proveedores de Tecnologías en Salud.
38	Código CUPS de la tecnología requerida			x	x			6	A	Código CUPS de acuerdo a la normativa vigente	Se deberá registrar el o los códigos del CUPS asociado a la atención, que se requieran. En caso de remisión, se deben diligenciar los campos de datos que corresponden a los trámites de referencia y autorización. Informar datos según tabla de referencia "CUPSRIPS" en web.sispro.gov.co
39	Cantidad requerida de la tecnología			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de procedimientos que requiere la persona de acuerdo con los CUPS descritos en la variable 38. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada procedimiento.
40	Finalidad de la tecnología de salud			x	x			2	N	Identificador de la finalidad con que se realiza el servicio o tecnología de salud.	Informar datos según tabla de referencia "RIPSFinalidadConsultaVersio n2" en web.sispro.gov.co
41	Código del Identificador Único de Medicamento – IUM o el Código Único de Medicamento – CUM.			x	x			0-20	A	Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes para medicamentos esenciales	Se deberá registrar el o los códigos del IUM o CUM asociado a la atención, que se requieran. Informar según las tablas de referencia: "IUM" o "CatalogoCUMs" respectivamente. en web.sispro.gov.co.
42	Cantidad requerida de la tecnología			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de medicamentos que requiere la persona de acuerdo con los CUM o IUM descritos en la variable 41. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada medicamento.
43	Finalidad de la tecnología de salud			x	x			2	N	Identificador de la finalidad con que se realiza el servicio o tecnología de salud.	Informar datos según tabla de referencia "RIPSFinalidadConsultaVersio n2" en web.sispro.gov.co
44	Código de otros servicios			x	x			1-20	A	Código del otro servicio de acuerdo con las codificaciones vigentes o aquella utilizada por el prescriptor en casos excepcionales.	Se deberá registrar el o los códigos asociados a la atención, que se requieran. En caso de remisión, se deben diligenciar los campos de datos que corresponden a los trámites de referencia y autorización. Código del dispositivo médico de la entidad obligada a

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los formatos, mecanismos de envío de información, procesos, procedimientos y términos en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

											reportar mientras el Ministerio de Salud y Protección Social expide el Catálogo de Dispositivos Médicos. Código de traslado, transporte y estancia de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente. Códigos de la Tabla de referencia MIPRES para servicios complementarios vigente.
45	Cantidad requerida de la tecnología			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de otros servicios que requiere la persona de acuerdo con los CUPS, MIPRES o códigos propios definidos descritos en la variable 44. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada servicio.
46	Finalidad de otros servicios			x	x			2	N	Identificador de la finalidad con que se realiza el servicio o tecnología de salud.	Informar datos según tabla de referencia “RIPSFinalidadConsultaVersio n2” en web.sispro.gov.co
47	Tipo de pago compartido				x			2	N	01: Copago 02: Cuota Moderadora 03: Cuota de Recuperación	Tipo de pago compartido que corresponda de conformidad con el Acuerdo 260 de 2004, Decreto 1652 de 2022 o el acto administrativo que los modifique o sustituya.
48	Nivel de la persona				x			2	A	01. Contributivo con IBC menor a 2 SMLMV 02. Contributivo con IBC entre 2 y 5 SMLMV 03. Contributivo con IBC mayor a 5 SMLMV 04. Subsidiado Nivel 1 SISBÉN homologado con Resolución 1870 de 2021 05. Subsidiado Nivel 2 SISBÉN homologado con Res. 1870 de 2021 06. Persona afiliada a través del mecanismo de contribución solidaria	Se refiere al nivel que le corresponde a la persona definido en el Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS, Decreto 1652 de 2022 o el acto administrativo que los modifique o sustituya.
49	Valor pesos pago compartido				x			7	N	Entre 0 y 9999999	Para el caso de los COPAGOS, debe corresponder al valor máximo facturado por el Prestador de Servicios de Salud a la persona, en caso de que aplique.
50	Tope máximo copagos				x			7	N	Entre 0 y 9999999	Para el caso de los COPAGOS, debe corresponder al tope máximo que pueda ser cobrado a la persona, en caso de que aplique.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

ANEXO TÉCNICO No. 2

DISPOSICIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA

1. Lineamientos para la publicación por tipo de atención:

La información que se dispone para la persona deberá garantizar la consulta de la red integral e integrada de Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, encargados de las siguientes atenciones en salud, así como de los equipos básicos de salud, las cuales deberán ser actualizadas a medida que el Ministerio de Salud y Protección Social adopte nuevas disposiciones sobre la materia:

- a. Promoción y mantenimiento de la salud
- b. Materno perinatal
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas
- d. Enfermedad Renal Crónica
- e. Salud mental y consumo de Sustancias Psico Activas
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (EPOC y asma)
- g. Cáncer de adultos
- h. Cáncer infantil
- i. Virus de Inmunodeficiencia Humana
- j. Artritis Reumatoide
- k. Enfermedades huérfanas
- l. Enfermedades transmitidas por vectores

Para cada agrupador se debe disponer de manera clara y visible un descriptor o detalle que facilite la búsqueda de la persona y que dé cuenta de las atenciones que se encuentran contenidas en cada uno de ellos. Para el caso de los equipos básicos de salud, la información deberá ser dispuesta de acuerdo a las disposiciones que sobre la materia establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente, en los casos de otras atenciones contratadas con Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, deberán ser agrupados de acuerdo a la habilitación de servicios de salud o el tipo de tecnología que provean, de la siguiente manera:

- m. Consulta externa
- n. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- o. Internación
- p. Quirúrgicos
- q. Atención inmediata
- r. Entrega o suministro de medicamentos o dispositivos médicos.

2. Disposición de variables:

La información de las variables se dispondrá en el siguiente orden:

Variable	Descripción
1. Identificación del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud contratado por la Entidad Responsable de Pago.	NIT y razón social del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud.
2. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.	Incluir sedes de atención, con dirección y canales de atención para cada una de ellas.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

Variable	Descripción
3. Servicios que se prestan o tecnologías que se proveen en el marco del acuerdo de voluntades.	Identificación de los servicios y tecnologías en las siguientes categorías: - Servicios clasificados de acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS - Tecnologías enlistadas de acuerdo a la CUPS y al CUM o IUM - Dispositivos médicos Se deberán especificar las modalidades de prestación disponibles. Esta información se deberá disponer por cada sede de atención contratada.
4. Indicadores de oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud y su nivel de cumplimiento.	Para cada agrupador deberá disponerse el indicador de oportunidad trazador que se describe para cada uno en el presente anexo.
5. Indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de las personas y su nivel de cumplimiento.	P.3.14 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS Reporte del prestador al Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 256/2016 o la que la modifique o sustituya)
6. Indicadores de resultados en salud, cuando apliquen, y su nivel de cumplimiento.	Para cada agrupador deberá disponerse el indicador de resultado trazador que se describe para cada uno en el presente anexo.
7. Plazos fijados para prestar el servicio o proveer la tecnología de salud.	Específicos de acuerdo a lo definido por las partes para los grupos de servicios y tecnologías contratados.

La disposición de la información deberá permitir que la persona pueda realizar la búsqueda de los datos por agrupador, Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud o servicio y tecnología requerido.

3. Indicadores de oportunidad

A continuación, se relaciona para cada uno de los agrupadores el indicador trazador que medirá la oportunidad para el objeto de esta resolución:

- a. Promoción y mantenimiento de la salud:
 - i. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de medicina general
 - ii. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de enfermería
- b. Materno perinatal:
 - i. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de medicina general
 - ii. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de enfermería
 - iii. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de ginecología
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de medicina interna
 - ii. Oportunidad para la asignación de citas de nutrición
- d. Enfermedad Renal Crónica:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de nefrología

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

- e. Salud mental y consumo de Sustancias Psicoactivas:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de psiquiatría
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (EPOC y asma):
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de neumología
 - ii. Oportunidad para la confirmación diagnóstica mediante espirometría en personas con sospecha de EPOC y asma
- g. Cáncer de adultos:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de oncología
- h. Cáncer infantil:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de oncología pediátrica
- i. Virus de Inmunodeficiencia Humana:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de infectología
- j. Artritis Reumatoide:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de reumatología
- k. Enfermedades huérfanas:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de hematología en caso de hemofilia
 - ii. Oportunidad para la realización de la prueba molecular genética para la confirmación diagnóstica, según aplique
- l. Enfermedades Transmitidas por Vectores:
 - i. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de medicina general

En el caso de los indicadores trazadores aquí dispuestos y que hagan parte de la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en la citada resolución. Para los demás indicadores trazadores, el cálculo se realizará conforme al artículo 3, numeral 4 de la Resolución 1552 de 2013, o la que la modifique o sustituya.

4. Indicador de Satisfacción

El indicador corresponderá a la satisfacción global de las personas en las IPS, reportado por el prestador acorde a la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya.

- a) Proporción de satisfacción global de las personas en las IPS

5. Indicadores de Resultados

A continuación, se relaciona para cada uno de los agrupadores el indicador trazador que medirá el resultado de la gestión en salud para el objeto de esta resolución:

- a. Promoción y mantenimiento de la salud:
 - i. Proporción de personas con valoración integral
 - ii. Proporción de personas con educación en salud
- b. Materno perinatal:
 - i. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas:

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

- i. Control de la HbA1c
- ii. Control de tensión arterial
- d. Enfermedad Renal Crónica:
 - i. Pérdida de función renal: Personas sin disminución de la TFG de 5 ml/min/1.73m² en 1 año
- e. Salud mental y consumo de SPA
 - i. Tasa de hospitalización
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (EPOC y asma):
 - i. Tasa de hospitalización por exacerbaciones de EPOC
 - ii. Tasa de hospitalización por crisis de asma
- g. Cáncer de adultos:
 - i. Oportunidad para el tratamiento desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento
- h. Cáncer infantil:
 - i. Oportunidad para el tratamiento desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento
- i. Virus de Inmunodeficiencia Humana:
 - i. Proporción de Personas que viven con VIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR
- j. Artritis Reumatoide:
 - i. Proporción de las personas en tratamiento para artritis que lograron remisión de la enfermedad
- k. Hemofilia:
 - i. Tasa de sangrado general en las personas con diagnóstico de hemofilia en profilaxis
 - ii. Tasa de sangrado articular en personas con diagnóstico de hemofilia
- l. Enfermedades transmitidas por vectores:
 - i. Tasa de hospitalización

Para los indicadores trazadores aquí dispuestos, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en las fichas técnicas establecidas para cada uno, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Indicadores en los casos de atenciones agrupadas por habilitación de servicios y en el caso de entrega o suministro de medicamentos o dispositivos médicos.

Los indicadores en las demás agrupaciones deberán disponerse como se indica a continuación.

6.1 Indicadores de oportunidad

Cuando se trate de consulta externa, se dispondrán los indicadores de oportunidad del servicio habilitado. En el caso de los indicadores que hagan parte de la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en la citada resolución. Para los demás casos, el cálculo se realizará conforme al artículo 3, numeral 4 de la Resolución 1552 de 2013, o la que la modifique o sustituya.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

Para las demás agrupaciones no será necesario la disposición de información de indicadores de oportunidad.

6.2 Indicador de Satisfacción

El indicador corresponderá a la satisfacción global de las personas en las IPS, reportado por el prestador acorde a la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya.

- Proporción de satisfacción global de las personas en las IPS

6.3 Indicadores de Resultados

No aplicará la disposición de estos indicadores.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

**ANEXO TÉCNICO No. 3
SOPORTES DE COBRO**

A. OBJETIVO

Definir la denominación y lineamientos de los soportes que acompañan a las facturas de venta que deben ser radicados a las Entidades Responsables de Pago según la modalidad de pago para unificar la presentación de cuentas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales para el proceso de auditoría y pago.

B. DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y LINEAMIENTOS

Se tendrán como definiciones normativas las incluidas en la Resolución 3100 de 2019 y las relacionadas con los servicios y tecnologías en salud, a las que hace referencia el artículo 8 de la Resolución 2292 de 2021 o la que la modifique o sustituya.

A continuación, se lista la denominación, definición y lineamientos de los soportes que acompañan las facturas de venta que se presentan por los Prestador de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, cuando los radiquen en su completitud a la Entidad Responsable de Pago de acuerdo a lo establecido en los literales B, C o D.

- 1. Factura de venta en el sector salud:** Es el documento que soporta las transacciones de venta de servicios y tecnologías en salud de un Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud a una Entidad Responsable de Pago, que debe cumplir con las características y condiciones establecidas por la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y la Resolución 510 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que las modifiquen o sustituyan.

La factura de venta puede ser multiusuarios o multiservicios siempre y cuando, tanto las personas como los servicios correspondan a la misma cobertura de la Entidad Responsable de Pago.

En todo caso, para las atenciones en salud que correspondan a menores de edad con cáncer, deberán ser facturadas de forma independiente a otras patologías, con el fin de priorizar su pago en virtud del artículo 2 de la Ley 2026 de 2020.

En el caso de factura de venta con servicios o tecnologías en salud financiados con presupuesto máximo, el valor unitario será el correspondiente al valor convenido por las partes en los acuerdos de voluntades.

- 2. Registro de la atención de salud:** incluye el Resumen de atención y la Epicrisis.

2.1. Resumen de atención: registro específico de la atención ambulatoria o la hoja de evolución de la historia clínica. El resumen de atención debe incluir como mínimo:

Contenido del Registro de atención:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona
- d. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
- e. Hora y fecha de ingreso
- f. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
- g. Anamnesis que incluya enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

- h. Examen físico
- i. Interpretación de apoyos diagnósticos si aplica
- j. Análisis
- k. Diagnóstico
- l. Plan de cuidado que incluye la solicitud del apoyo diagnóstico y terapéutico cuando se requiera, la información en salud, pautas sobre el autocuidado, signos de alarma y demás actividades relacionadas.
- m. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional en medicina u odontología que diligencie el documento.

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

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

Contenido de la epicrisis:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona
- d. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
- e. Hora y fecha de ingreso
- f. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
- g. Hora y fecha de egreso
- h. Motivo de consulta (Referido por la persona)
- i. Enfermedad actual (respuesta mínima a las siguientes preguntas ¿Cuándo? ¿Cómo? Evolución, estado actual y tratamiento) Descripción de las condiciones que llevaron a la atención: Tiempo de evolución, desencadenantes, mitigadores, estado actual y tratamientos realizados (médicos o no médicos)
- j. Antecedentes médicos, quirúrgicos, tóxicos alérgicos y los demás pertinentes de acuerdo a la atención recibida.
- k. Revisión por sistemas relacionada con la enfermedad actual
- l. Hallazgos del examen físico, incluye signos vitales (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno)
- m. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes).
- n. Conducta, incluye la solicitud de apoyo diagnóstico (CUPS vigente) y el plan de manejo terapéutico (CUM o IUM vigente)
- o. Cambios en el estado de salud de la persona que conlleven a modificar la conducta, el manejo o justifiquen la estancia, incluye complicaciones o eventos adversos durante la estancia o procedimiento quirúrgico.
- p. Interpretación de los resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico y de todo aquello que justifique cambios o continuidad en el manejo o del diagnóstico
- q. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten
- r. Diagnósticos de egreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes)
- s. Condiciones generales a la salida de la persona (estado: vivo o muerto) y si hubiere incapacidad médica temporal incluir el número de días
- t. Plan de manejo ambulatorio incluye el manejo terapéutico, apoyo diagnóstico y consultas médicas generales o especializadas
- u. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional en medicina, odontología u optometría que diligencie el documento.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

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

Para los casos excepcionales en los cuales se deben presentar soportes relacionados con el resultado o la interpretación de apoyos diagnósticos cuya obtención supere el término de los veintidós (22) días hábiles de que trata el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022, las partes en el acuerdo de voluntades deberán determinar dentro de los mecanismos previstos en la normativa vigente para la facturación, aquellos que permitan agilizar el reconocimiento y pago de la prestación de estos servicios de salud.

- 4. Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un procedimiento quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos, puede estar incluida en la epicrisis, de ser así, no debe enviarse como soporte adicional.

Si dentro de la práctica actual de los Prestadores de Servicios de Salud, 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:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo de documento de identificación de la persona
- c. Número de documento de identificación de la persona
- d. Fecha de nacimiento
- e. Hora de nacimiento (cuando la persona sea un neonato)
- f. Sexo biológico de la persona
- g. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos quirúrgicos realizados (CUPS vigente)
- h. Dispositivos médicos empleados, incluye material de osteosíntesis.
- i. Código y descripción de medicamentos relacionados con el procedimiento quirúrgico, no anestésicos (CUM o IUM vigente)
- j. Fecha y hora de inicio
- k. Fecha y hora de terminación
- l. Complicaciones y su manejo
- m. Hallazgos quirúrgicos
- n. Registro de muestras para patología: incluir la cantidad de especímenes para estudio
- o. Diagnóstico prequirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- p. Diagnóstico post quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- q. Nota aclaratoria del cirujano
- r. Estado a la salida (vivo / muerto)
- s. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del cirujano (a) principal y ayudantes quirúrgicos, profesional en instrumentación quirúrgica y demás profesionales de la salud participantes.

En el caso de contarse con la hoja de gastos de cirugía, que contiene la relación de los dispositivos médicos empleados, no es necesario diligenciar el literal h y copia de ésta debe ser enviada.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

Si dentro de la práctica actual de los Prestadores de Servicios de Salud, 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:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo de documento de identificación de la persona
- c. Número de documento de identificación de la persona
- d. Edad de la persona
- e. Sexo biológico de la persona
- f. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos realizados (CUPS vigente)
- g. Tipo de anestesia (local, regional o general)
- h. Fecha y hora de inicio
- i. Fecha y hora de terminación
- j. Complicaciones y su manejo
- k. Registro de medicamentos con sus especificaciones (CUMS o IUMS vigente), incluye la aplicación de medicina transfusional (CUPS vigente)
- l. Estado a la salida (vivo / muerto)
- m. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del especialista en anestesiología y otros profesionales participantes.

6. Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte de la persona, según aplique:

- a. Para la prestación o el suministro de terapias, medicamentos, o dispositivos médicos fuera de un servicio de internación o de atención inmediata, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud deberá demostrar la prestación o suministro de los mismos a la persona, su representante o cuidador, a través de medios tecnológicos que permitan la identificación de la persona, o cuando no sea posible, en los otros instrumentos diseñados para tal efecto, que incluyan la firma y datos de identificación.
- b. En el caso de la atención de urgencias sin observación, la evidencia será la hoja de atención de urgencias y en la atención de urgencias con observación, la epicrisis.
- c. En servicios de internación, la epicrisis.
- d. En los procedimientos quirúrgicos, la descripción quirúrgica o la epicrisis cuando esta incluya la descripción quirúrgica.
- e. En la atención ambulatoria será el registro específico de dicha atención, independiente de la modalidad de prestación de servicios de salud.
- f. Para las interconsultas, la hoja de evolución de la historia clínica, en los formatos de registro específico correspondientes que tenga determinado el Prestador de Servicios de Salud.

7. Traslado o transporte:

- 7.1. Traslado asistencial de personas:** En el servicio de transporte asistencial de personas se efectúa el traslado acuático, aéreo y terrestre, en ambulancia básica o medicalizada desde el sitio de ocurrencia de la enfermedad o evento, o entre instituciones de salud, que debe estar soportado con la hoja de traslado, la cual

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

contiene el resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado de la persona, en los términos de la normativa vigente.

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

Contenido de la hoja de traslado asistencial de personas:

I. Traslado Primario asistencial de personas:

- a) Nombres y apellidos de la persona
- b) Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c) Edad y sexo biológico de la persona
- d) Tiempo del momento de despacho
- e) Llegada al lugar de la escena
- f) Tiempo de ingreso a la escena
- g) Triage del paciente en escena
- h) Tiempo de abandono del lugar de la escena
- i) Llegada de la ambulancia al servicio de urgencias
- j) Institución receptora
- k) Tiempo de recepción del paciente por la institución
- l) Estado del paciente al ingreso (vivo o muerto)

II. Traslado Secundario asistencial de personas:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona
- d. Grupo de servicio al cual es trasladada la persona (Resolución 3100 de 2019)
- e. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS vigente
- f. Medicamentos en CUMS o IUMS vigente y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- g. Código de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente.
- h. Fecha y hora de inicio del recorrido
- i. Lugar de origen (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- j. Fecha y hora de finalización del recorrido
- k. Lugar de destino (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- l. Estado al finalizar el traslado (vivo / muerto)
- m. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera
- n. Distancia del recorrido según corresponda:
 - i. Kilómetros o millas iniciales
 - ii. Kilómetros o millas finales
- o. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del acompañante y relación con la persona, cuando aplique
- p. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación de la tripulación correspondiente, de acuerdo con lo definido en la Resolución 3100 de 2019 o la que la modifique o sustituya.
- q. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional, tecnólogo o técnico de salud que recibe a la persona en el caso que sea un Prestador de Servicios de Salud.

En caso de requerir ingreso a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) durante el recorrido por complicaciones o deterioro del estado clínico en el traslado,

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

se deberá justificar la causa e informar el nombre de la IPS, kilómetros de desviación y tiempo utilizado para la atención de la persona.

7.2. Transporte no asistencial ambulatorio de la persona: El servicio de transporte en un medio diferente a ambulancias previa autorización de la Entidad Responsable de Pago, en los términos de la normativa vigente, estará soportado por el tiquete de transporte de pasajeros reglamentado por la DIAN y el registro en el archivo 3.7 del artículo 5 de la Resolución 1036 de 2022 o la que la modifique o sustituya. En casos excepcionales donde no se cuente con este tiquete, el comprobante podrá ser concertado entre las partes, sin que se omita lo respectivo de la Resolución 1036 de 2022 o la que la modifique o sustituya.

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

8.1. Factura de venta por el cobro a la aseguradora SOAT, ADRES o la entidad que haga sus veces: Para el cobro de la prestación de los servicios de salud y el transporte al centro asistencial de las víctimas de accidentes de tránsito, una vez agotada la cobertura de 800 SMDLV, los Prestadores de Servicios de Salud deben presentar además de los soportes de cobro normados en el Decreto 056 de 2015 incorporado en el Capítulo 4. Subcuenta de seguros de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT del Título 1 Parte 6 del Decreto 780 de 2016 y, la Resolución 2978 de 2011 o las que los modifique, adicione o sustituya, para efectos del cobro, debe presentar la copia de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud que fueron facturados a la aseguradora del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o la entidad que haga sus veces, siguiendo el orden cronológico de la atención prestada, ante la EPS, entidad adaptada o ARL y éstas últimas no podrán objetar ninguno de los valores facturados al primer pagador.

En todo caso, es responsabilidad del Prestador de Servicios de Salud cerciorarse que lo facturado y pagado por la aseguradora SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, agote la cobertura de la que ésta es responsable antes de facturarle a la EPS, entidad adaptada o ARL, o si ya facturó, dar alcance con notas débito o crédito según corresponda.

8.2. Factura de venta del material de osteosíntesis expedida por el proveedor: En caso de haberse realizado procedimientos quirúrgicos que incluyan material de osteosíntesis por accidentes de tránsito financiados por las aseguradoras SOAT y la ADRES o la entidad que haga sus veces.

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

En el marco de los acuerdos de voluntades se podrá pactar la no presentación de orden o prescripción facultativa.

Para los servicios y tecnologías de intervenciones que hacen parte de las RIAS y cuyo ordenamiento depende únicamente de variables demográficas tales como sexo y edad, no será necesaria la orden o prescripción facultativa.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

10. Lista de precios: Documento que relaciona el precio al cual el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud factura las tecnologías en salud a la Entidad Responsable de Pago. Se debe adjuntar a cada factura de venta sólo cuando las tecnologías en salud facturadas no estén incluidas en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades o en los casos de atención sin contrato. No incluye las tecnologías en salud sujetas a regulación de precios.

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

11. Hoja de atención de urgencia. Es el registro de la atención de urgencia. Aplica como soporte de la factura de venta para aquellos casos de atención de urgencia en los cuales la persona no requirió observación, ni internación. Incluye la interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente y cuando se hayan realizado procedimientos no quirúrgicos y los dispositivos médicos utilizados, según aplique.

12. Hoja de atención odontológica: Es la hoja en donde se registran los datos de la valoración en salud bucal, incluyendo los datos clínicos relacionados, la condición inicial de la cavidad bucal y sus estructuras relacionadas, el odontograma y periodontograma, cuando aplique, y la evolución del tratamiento odontológico realizado. Aplica en la valoración de la salud bucal inicial y en la final, cuando se hubieran indicado procedimientos terapéuticos.

13. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado de la administración de medicamentos realizada directamente por el profesional correspondiente.

Si dentro de la práctica actual de los Prestadores de Servicios de Salud, 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:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona
- d. Presentación en términos de: principio activo, concentración y forma farmacéutica
- e. Posología, incluye dosis e intervalos de tiempo de su administración
- f. Vía de administración
- g. Fecha y hora de administración
- h. Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identificación del profesional que lo administró

14. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS): Reglamentado por la Resolución 1036 de 2022 o la que la modifique o sustituya. La información incluida en el RIPS contiene el detalle de cargos de la factura de venta en salud.

Los documentos de respuesta de autorizaciones y de los pagos compartidos no serán enviados a la Entidad Responsable de Pago como soporte, porque el número generado para estos trámites está contenido en el RIPS.

C. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE COBRO PARA TODAS LAS MODALIDADES DE PAGO PROSPECTIVAS

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

1. Factura de venta en salud
2. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación, si aplica
3. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
4. Copia del comprobante de recibido del usuario, si aplica
5. Interpretación de los apoyos diagnósticos en la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación, si aplica
6. Copia del resumen de atención o epicrisis, si aplica
7. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
8. Copia del registro de anestesia, si aplica
9. Informe de seguimiento al acuerdo de voluntades según lo establecido en la Sección 3 del Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016.
10. Reportes normativos relacionados con las intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal y con condiciones crónicas y de alto costo, si aplica.
11. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

D. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE COBRO SEGÚN TIPO DE PRESTACIONES PARA LA MODALIDAD DE PAGO POR EVENTO

1. Consultas en la atención ambulatoria, excepto odontología:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
- d. RIPS

2. Consultas y procedimientos odontológicos en la atención ambulatoria:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia de la hoja de atención odontológica
- d. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
- e. RIPS

3. Procedimientos de apoyo diagnóstico en la atención ambulatoria:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia de los resultados o interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico
- d. RIPS

4. Procedimientos de complementación terapéutica en la atención ambulatoria:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia del registro específico de atención ambulatoria
- d. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- e. RIPS

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

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia del comprobante de recibido del usuario

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- e. RIPS

6. Dispositivos médicos (incluye equipo) de uso ambulatorio:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- d. RIPS

7. Atención de urgencias:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia de la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
- f. Copia de la lista de precios de las tecnologías en salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades o cuando no haya contrato
- g. Copia de la factura o detalle de cargos por el cobro al SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, en caso de accidente de tránsito
- h. RIPS

8. Servicios de internación o procedimientos quirúrgicos:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia del resumen de atención o epicrisis, cuando aplique
- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la epicrisis
- f. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
- g. Copia del registro de anestesia, si aplica
- h. Copia de la lista de precios de las tecnologías en salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades o cuando no haya contrato
- i. Copia de la factura o detalle de cargos por el cobro al SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, en caso de accidente de tránsito
- j. RIPS

9. Transporte asistencial o no asistencial de personas:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades y en la atención de urgencias.
- c. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- d. Copia de la hoja de traslado para transporte asistencial, el tiquete de transporte de pasajeros para el transporte no asistencial, reglamentado por la DIAN, de la empresa que presta el servicio según aplique o el pactado por las partes en caso de excepción.
- e. RIPS

E. INTERVENCIONES INDIVIDUALES PARA LA PROMOCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN DE POBLACIÓN MATERNO PERINATAL Y CON CONDICIONES CRÓNICAS Y DE ALTO COSTO

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

Independientemente de la modalidad de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de cobro incluirá la entrega de los reportes normativos a partir de los cuales se genera información relacionada con las poblaciones mencionadas:

1. Factura de venta
2. Reporte establecido en la Resolución 247 de 2014 o la que la modifique o sustituya, si aplica
3. Reporte establecido en la Resolución 2463 de 2014 o la que la modifique o sustituya, si aplica
4. Reporte establecido en la Resolución 123 de 2015 o la que la modifique o sustituya, si aplica
5. Reporte establecido en la Resolución 1393 de 2015 o la que la modifique o sustituya, si aplica
6. Reporte establecido en la Resolución 273 de 2019 o la que la modifique, sustituya, si aplica la modifique o sustituya, si aplica
7. Reporte establecido en la Resolución 946 de 2019 o la que la modifique o sustituya, si aplica
8. Reporte establecido en la Resolución 202 de 2021 o la que la modifique o sustituya, si aplica
9. RIPS
10. Los demás reportes que sean establecidos normativamente desde el Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Demás soportes del presente Anexo Técnico que las partes pacten en el acuerdo de voluntades, que sean propios de las intervenciones en mención.

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

1. Factura de venta
2. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica.
3. Informe de seguimiento al acuerdo de voluntades según lo establecido en la Sección 4 del Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016.
4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, numeral 3.3.2 datos de los procedimientos, en su archivo JSON para las intervenciones colectivas que estén incluidas en el anexo técnico 5 de la Resolución 2077 de 2021 o la que la modifique o sustituya, teniendo en cuenta la trazabilidad de la codificación cuando existan cambios en la misma.
5. Soporte de ejecución de otras actividades que no estén incluidas en el listado de códigos CUPS mencionado en anterior numeral, teniendo como marco lo definido en el Lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones, procedimientos y actividades según las Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud que se hayan impartido por este Ministerio en el marco de la Resolución 518 de 2015 o la que la modifique o sustituya.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

ANEXO TÉCNICO No. 4

ENVIO Y RECEPCION DE LOS SOPORTES DE COBRO

1. Objetivo

Garantizar la adecuada presentación de los soportes de cobro de los servicios y tecnologías en salud enviados por los Prestadores de Servicios de Salud, Proveedores de Tecnologías en Salud y recibidos por las Entidades Responsables de Pago, en medio digital, así como la estandarización del formato digital de los mismos.

2. Normas generales del envío y recepción

Para el envío y la recepción de la factura de venta del sector salud, las partes deben tener en cuenta la Resolución 0042 de 2020 y 0012 de 2021 expedidas por la DIAN o las que las modifiquen o sustituyan y la Resolución 510 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique o sustituya.

Para el envío y la recepción de los soportes de cobro de las prestaciones de servicios y provisión de tecnologías en salud, de los que trata el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución, las partes deben garantizar:

- 2.1.** Se deben enviar los archivos de los soportes encriptados, con clave asimétrica tipo RSA válida tanto para cifrar como para firmar digitalmente, en coherencia con la normativa sobre la seguridad de la información, derecho fundamental a la intimidad y al Habeas Data.
- 2.2.** Se debe enviar a sitios seguros, con capacidad suficiente para el envío de soportes de gran tamaño, garantizando la seguridad, autenticidad y protección, empleando contraseñas con un grado de complejidad alto.
- 2.3.** Los medios tecnológicos pactados, deberá garantizar que se genere el acuse de recibido automático, para tener la evidencia de la fecha y hora de recibida la información, de conformidad con los artículos 13, 19 y 20 de la presente resolución. De todas formas, para la generación automática del acuse de recibido, no podrán establecerse validaciones previas que impidan la generación del mismo.

3. Normas generales de los archivos:

- 3.1** Los soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías en salud son los establecidos en el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución.
- 3.2** El soporte de cobro número 1 del Anexo Técnico No. 3 es la Factura de Venta en Salud en cumplimiento de lo normado por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social. La Factura de Venta en Salud debe presentarse a la Entidad Responsable de Pago en formato XLM de conformidad con lo establecido en la Resolución 510 de 2022. El soporte descrito en el presente anexo corresponde a la representación gráfica, si las partes la han pactado de manera adicional a la presentación del XLM este archivo.
- 3.3** El soporte de cobro número 14 del Anexo Técnico No. 3 es el RIPS, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1036 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
- 3.4** Los soportes 2 al 13 deben ser digitalizados o generarse en un archivo desde el software de manera independiente, en formato PDF.
- 3.5** Las características técnicas de los soportes de cobro cuando son documentos en archivos PDF, deben ser nombrados con la siguiente estructura:

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

No.	NOMBRE DEL SOPORTE	ABREVIATURA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	NÚMERO FACTURA (incluye Prefijo)	NOMBRE DEL ARCHIVO
1	Factura de venta en salud	FVS_	Numérico	Alfanumérico	FVS_999999999_A999999999.pdf
2.1	Resumen de atención u hoja de evolución	HEV_	Numérico	Alfanumérico	HEV_999999999_A999999999.pdf
2.2	Epicrisis	EPI_	Numérico	Alfanumérico	EPI_999999999_A999999999.pdf
3	Registro de atención ambulatoria	RAA_	Numérico	Alfanumérico	RAA_999999999_A999999999.pdf
3	Resultado de los procedimientos de apoyo diagnóstico	PDX_	Numérico	Alfanumérico	PDX_999999999_A999999999.pdf
4	Descripción quirúrgica	DQX_	Numérico	Alfanumérico	DQX_999999999_A999999999.pdf
5	Registro de anestesia	RAN_	Numérico	Alfanumérico	RAN_999999999_A999999999.pdf
6	Comprobante de recibido del usuario	CRC_	Numérico	Alfanumérico	CRC_999999999_A999999999.pdf
7.1	Traslado asistencial de personas	TAP_	Numérico	Alfanumérico	TAP_999999999_A999999999.pdf
7.2	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona	TNA_	Numérico	Alfanumérico	TNA_999999999_A999999999.pdf
8.1	Factura de venta por el cobro a la aseguradora SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces	FAT_	Numérico	Alfanumérico	FAT_999999999_A999999999.pdf
8.2	Factura de venta del material de osteosíntesis expedida por el proveedor	FMO_	Numérico	Alfanumérico	FMO_999999999_A999999999.pdf
9	Orden o prescripción facultativa	OPF_	Numérico	Alfanumérico	OPF_999999999_A999999999.pdf
10	Lista de precios	LDP_	Numérico	Alfanumérico	LDP_999999999_A999999999.pdf
11	Hoja de atención de urgencia	HAU_	Numérico	Alfanumérico	HAU_999999999_A999999999.pdf
12	Hoja de atención odontológica	HAO_	Numérico	Alfanumérico	HAO_999999999_A999999999.pdf
13	Hoja de administración	HAM_	Numérico	Alfanumérico	HAM_999999999_A999999999.pdf

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

No.	NOMBRE DEL SOPORTE	ABREVIATURA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	NÚMERO FACTURA (incluye Prefijo)	NOMBRE DEL ARCHIVO
	de medicamentos				
15	Soporte de envío	SDE_	Númérico	Alfanumérico	SDE_999999999_A999999999.pdf

Nota: El numeral 15 solo aplica en caso de requerir anexar el soporte de envío correspondiente a alguno de los trámites contenidos en el Anexo Técnico No. 1 y los artículos relacionados con estos incluidos en la presente resolución.

- 3.6 Características de la digitalización o de la exportación de archivos a medios digitales, cuando aplique:

a. Escala: los documentos deben estar digitalizados en la escala de grises para texto.
b. Resolución de la imagen: digitalización con una resolución de 300 dpi en escala básica de blanco y negro.
c. Tipo Archivo: el formato del archivo para digitalización debe ser PDF, según aplique.
- 3.7 Compresión de archivos PDF: Se deben seleccionar todos los archivos y comprimirlos generando un Archivo, éstos no deben contener subcarpetas dentro del archivo comprimido.
- 3.8 Peso máximo es de 1GB.
- 3.9 En el caso de facturas de venta multiusuarios se enviará cada soporte adicionando al mismo: guion bajo seguido del tipo y número del documento de identificación de la persona. Ejemplo: EPI_999999999_A999999999_Tipo de documento_Número de documento de identificación de la persona.pdf

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

ANEXO TÉCNICO No. 5

MANUAL ÚNICO DE DEVOLUCIONES, GLOSAS Y RESPUESTAS

1. OBJETIVO

El Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas tiene por objetivo establecer la codificación, denominación y aplicación de cada una de las posibles causas de devoluciones y glosas formuladas por las Entidades Responsables de Pago, así como de las respuestas que los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud den a las mismas, de manera que se estandarice y agilice el proceso de auditoría de cuentas médicas definida en el artículo 2.5.3.4.3.3 del Decreto 780 de 2016.

2. ALCANCE

La adopción e implementación de este Manual es obligatorio por parte de las Entidades Responsables de Pago, Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, de acuerdo a lo establecido en los artículos 2.5.3.4.4.5 y 2.5.3.4.4.6 del Decreto 780 de 2016.

En ningún caso se podrán adicionar, modificar o sustituir los códigos y descripción de las causas o contenido del mismo, así mismo, todos los trámites aquí descritos deben estar en cumplimiento con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y la presente resolución.

Mediante el seguimiento de los códigos de devoluciones, glosas y respuestas emitidos y recibidos, las entidades podrán evaluar sus procesos de facturación y auditoría de cuentas médicas con el fin de hacer los ajustes y fortalecimientos necesarios en dichos procesos para generar un flujo más eficiente de los recursos.

3. DEFINICIONES

Para la aplicación del presente Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- 3.1 Registro de envío de devoluciones, glosas y respuestas:** Legalización de la formulación de las causas de devoluciones, glosas y respuestas, emitido por la Entidad Responsable de Pago, Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, según aplique, el cual permite identificar la trazabilidad del estado de trámite de la Factura de Venta en Salud correspondiente. Dicho proceso debe estar automatizado y en línea.
- 3.2 Devolución de Factura:** Limitación al trámite de la Factura de Venta por falta de competencia para el pago por parte de la Entidad Responsable de Pago que la afecta de forma total, mediante una nota crédito, de conformidad con el artículo 16 de la presente resolución.
- 3.3 Glosa de Factura:** No conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la Factura de Venta en Salud radicada, identificada por la Entidad Responsable de Pago durante la auditoría de cuentas médicas, y que requiere respuesta por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud.
 - a. Glosa total:** No conformidad que afecta la totalidad del valor de la Factura de Venta en Salud radicada, y cuyo origen debe ser subsanado completamente por el Prestador de Servicios de Salud o el Proveedor de Tecnologías en Salud,

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

dentro de los términos de tiempo establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011

b. Glosa parcial: No conformidad que afecta de forma parcial el valor de la Factura de Venta en Salud radicada, frente a la cual el Prestador de Servicios de Salud o el Proveedor de Tecnologías en Salud, debe dar respuesta dentro de los términos de tiempo establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

3.4. Atención agrupada: Es el conjunto de servicios y tecnologías realizados en relación con la atención de una o varias condiciones de salud de una persona o población, de acuerdo con la modalidad de pago.

3.5. Respuestas a devoluciones o glosas: Pronunciamiento que el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud da a la devolución o glosa generada por la Entidad Responsable de Pago comunicando su aceptación total, parcial o no aceptación, conforme con los soportes o evidencia aportada.

4. LINEAMIENTOS

Para la aplicación del presente Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas se tendrán en cuenta los siguientes lineamientos:

4.1. Registro de radicación de la Factura de Venta en salud, nota crédito y, nota débito generados de forma automática y en línea a través del medio tecnológico acordado entre las partes, de conformidad con el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022, o la que la modifique o sustituya. Deberá contener:

- a. Fecha y hora de registro
- b. Número único de radicación acorde a lo establecido en la Resolución 510 de 2022
- c. Número del NIT con el cual se identifique el facturador electrónico en salud correspondiente al campo T01 del numeral 3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya.
- d. Número de la factura de venta afectada coincidente con el validado ante la DIAN y el campo T02 del numeral 3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya.
- e. Tipo de trámite: 1. Factura de venta en salud 2. Nota crédito 3. Nota debito

4.2. Registro de radicación de devoluciones, glosas o respuestas: Tendrá la siguiente estructura:

- a. Número de devolución, glosas o respuestas
- b. Fecha y hora de registro
- c. Número de la factura de venta afectada, coincidente con el validado ante la DIAN y el campo T02 del numeral 3.1 del anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022
- d. Tipo de trámite: 1. Devolución, 2. Glosa o 3. Respuesta
- e. Código de la causa de devolución y, glosa
- f. Campo U10 del numeral 3.2 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, al que pertenece el registro de la persona
- g. Consecutivo del registro de servicio o tecnología perteneciente a la persona descrito en el campo C21 del numeral 3.3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya, según corresponda
- h. Código de la causa de la glosa relacionado con los literales f y g
- i. Código de la respuesta, asociado con el literal e
- j. Valor objeto de la devolución, glosa o respuesta
- k. Complemento descriptivo sobre la glosa (opcional)

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

4.3. Registro de radicación de notas de ajuste

- a. Fecha y hora de registro
- b. Número único de radicación
- c. Número del NIT con el cual se identifique el facturador electrónico en salud correspondiente al campo T01 del numeral 3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya.
- d. Número de la factura de venta afectada coincidente con el validado ante la DIAN y el campo T02 del numeral 3.1 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya.

4.4. Proceso del trámite de devoluciones: Proceso que puede ser realizado en los primeros tres (3) días una vez radicada la factura de venta, de conformidad con lo siguiente:

- a. La Entidad Responsable de Pago deberá realizar las validaciones administrativas que permitan identificar la competencia o falta de esta para el pago y en caso tal, hacer la devolución de dicha factura dentro de los tiempos definidos en el artículo 16 de la presente resolución.
- b. Cuando se formule y comunique la devolución, la Entidad Responsable de Pago deberá informar por una única vez todas las causales de devolución mediante el registro de envío de devoluciones, glosas o respuestas de los numerales 3.1 y 4.2 del presente Manual.
- c. La devolución aplica siempre para el 100% de la factura, las causales indicadas en el presente manual, para el código general DE, se aplicarán siempre que afecten toda la factura, en casos contrarios, deberá aplicarse el código de glosa que corresponde, para una afectación parcial y no total de la factura.

4.4. Proceso del trámite de glosas: Comienza con la radicación de la factura de venta y debe considerar lo siguiente:

- a. El trámite de glosas debe estar en cumplimiento con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.
- b. Cuando se formule y comunique la glosa, la Entidad Responsable de Pago deberá informar por una única vez todas las causales de glosas mediante el Registro de envío de devoluciones, glosas o respuestas de los numerales 3.1 y 4.2 del presente Manual.
- c. Al trámite de glosas le aplica el reconocimiento económico ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos si así fue acordado por las partes y el pago de intereses moratorios de que trata los artículos 2.5.3.4.5.7 y 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2016; 56 de la Ley 1438 de 2011; 4 y 7 del Decreto Ley 1281 de 2002.

4.5. Respuestas a devoluciones o glosas:

- a. Cuando la respuesta a una causa de devolución sea la aceptación de la misma, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud en su calidad de facturador expedirá la correspondiente nota crédito por el 100% del valor de la factura de venta.
- b. Cuando la respuesta a una causa de glosa sea la aceptación de la misma, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud en su

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades"

calidad de facturador expedirá la correspondiente nota crédito por el valor de la glosa aceptada, expresa o tácitamente.

- c. Cuando la respuesta a una causa de glosa sea subsanable, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud deberá generar la respuesta a la misma acompañada de los soportes que permitan esta acción, según aplique.
- d. La respuesta a una causa de glosa deberá hacer uso de los códigos RE de la tabla 5.4 del presente manual y el ajuste correspondiente en los RIPS, que acompañen la nota crédito o la nota de ajuste según aplique, de conformidad con el artículo 8 de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya e informarse mediante el Registro de envío de devoluciones, glosas o respuestas de los numerales 3.1 y 4.2 del presente Manual.

4.6. Registro de autorización:

- a. Cuando exista una autorización específica o integral emitida en los términos del artículo 9 de la presente resolución, el número de la misma será registrado en el RIPS, en los campos C03, P04, H04, M02 o S02 según corresponda, descritos en el numeral 3.3 del anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya, incluido este registro, no será necesario anexar la solicitud de autorización como soporte de la factura.
- b. En los acuerdos de voluntades en los que se haya pactado no solicitar autorización, no será necesario el registro del número de autorización y no se podrá glosar por la falta de información de la autorización en el campo del RIPS.
- c. En el caso excepcional que la Entidad Responsable de Pago no se pronuncie ante la solicitud de autorización dentro de los términos definidos en la presente resolución, será suficiente soporte registrar el o los números de las solicitudes en el campo correspondiente del RIPS y anexar la copia del envío a la Entidad Responsable de Pago, según lo descrito en el numeral 15 de la tabla de soportes contenida en el Anexo Técnico No. 4 de la presente resolución.

4.7. Recibo de pago compartido:

- a. Cuando en el acuerdo de voluntades se haya pactado el recaudo de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación por parte de los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud, como parte de pago por los servicios y tecnologías en salud contratadas, cuando exista un recaudo efectivo, este será descontado del valor de los servicios y tecnologías en salud cobrados a la Entidad Responsable de Pago.
- b. El valor del recaudo efectivo del copago, de la cuota moderadora o de recuperación, se registrará en la factura de venta en salud, según la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique o sustituya, y no se requiere el envío de la copia de la formalización.
- c. Para el recaudo de los copagos y cuotas moderadoras o de recuperación son válidos tanto la factura de venta como el documento equivalente: Tiquete de máquina registradora con sistemas P.O.S. (Point of Sales).

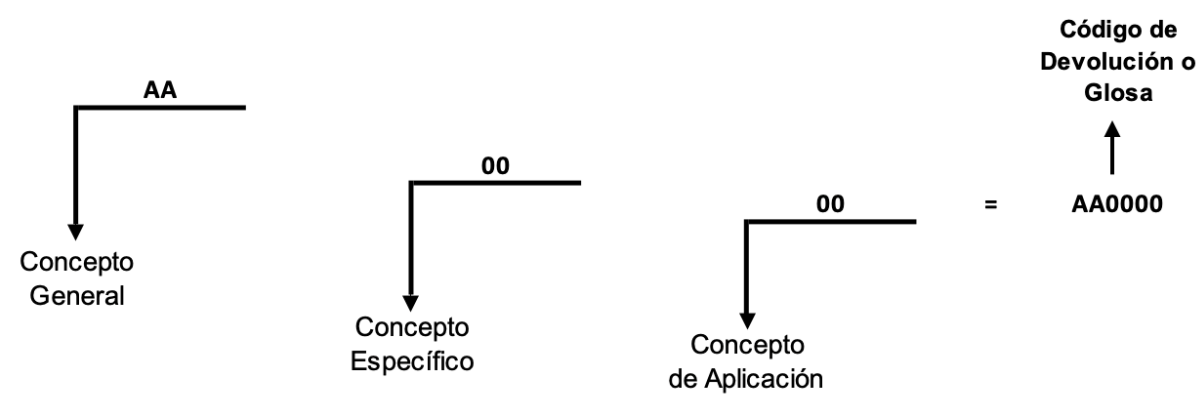
Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

5. CODIFICACIÓN DEL MANUAL

5.1. ESTRUCTURA DEL CÓDIGO. Los códigos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas se construyen con niveles jerárquicos.

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

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



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

En los códigos específicos y de aplicación se puede encontrar en la fila inmediatamente inferior, una nota explicativa que amplía los usos o restricciones del concepto de devolución o glosa.

Si la nota explicativa se encuentra relacionada con un código específico, ésta afecta a todos los códigos de aplicación que jerárquicamente dependan de éste.

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

5.2. TABLAS DE CÓDIGOS

TABLA 5.2. CÓDIGOS DE DEVOLUCIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
DE	DEVOLUCIÓN
Definición	Se presentan devoluciones cuando existe falta de competencia para el pago por la Entidad Responsable de Pago

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
DE16	Persona corresponde a otro responsable de pago
Nota	Para afectaciones parciales de la factura, remítase a los códigos FA16
DE1601	La factura corresponde a una persona que pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la atención
DE44	El Prestador de Servicios de Salud que factura no hace parte de la red de la Entidad Responsable de Pago
Nota	No aplica en caso de atención de urgencias, por asignaciones de personas o decisiones judiciales. Cuando la Entidad Responsable de Pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente para los trámites de autorizaciones y referencia o contrarreferencia no habrá lugar a devolución por este concepto
DE4401	El profesional que ordenó el servicio o tecnología de salud facturado lo hizo desde una IPS que no hace parte de la red de la Entidad Responsable de Pago
DE4402	El profesional independiente que ordenó el servicio o tecnología de salud no hace parte de la red de la Entidad Responsable de Pago
DE50	Factura ya pagada o en trámite
DE5001	La totalidad de la factura fue pagada por la Entidad Responsable de Pago
DE5002	La factura ya fue radicada a la Entidad Responsable de Pago y se encuentra en trámite
DE56	No radicación de los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 5 de la Resolución 510 de 2022
DE5601	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud no radica los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique o sustituya

TABLA 5.3. CÓDIGOS DE GLOSA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA	FACTURACIÓN
Definición	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias en cantidad al comparar los servicios y tecnologías prestadas o provistas con los servicios y tecnologías facturadas, o cuando el valor por concepto de recaudo efectivo de los pagos compartidos, no se restan de la factura de venta a cargo de la Entidad Responsable de Pago, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente Manual
FA01	Estancia u observación de urgencias
FA0101	El cargo por estancia u observación de urgencias, que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencia con las cantidades facturadas
FA0102	Se facturan consultas, interconsultas o atenciones (visitas) domiciliarias que están incluidas en la estancia u observación de urgencias de acuerdo con lo pactado
FA0103	Se cobra estancia u observación de urgencias que ya se encuentra incluida en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0105	Se facturan servicios o tecnologías en salud que se encuentran incluidos en la estancia u observación de urgencias de acuerdo con lo pactado
FA02	Consultas, interconsultas y atenciones (visita) domiciliaria
FA0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencias con las cantidades facturadas
FA0202	Se cobran consultas o atenciones (visitas) domiciliarias que se encuentran incluidas en los honorarios profesionales post quirúrgicos

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA0203	Se cobran consultas o atenciones (visitas) domiciliarias que ya se encuentran incluidas en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0205	Se cobran consultas que se encuentran incluidas en los honorarios profesionales del procedimiento, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0206	En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de un procedimiento quirúrgico o intervencionista que realizó el mismo prestador
FA03	Honorarios profesionales en procedimientos
FA0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0303	Se cobran honorarios profesionales que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA05	Derechos de sala
FA0501	Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0502	Se cobran tecnologías en salud que ya se encuentran incluidas en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos
FA0503	Se cobran derechos de sala que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA06	Dispositivos médicos
FA0601	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0602	Se cobran dispositivos médicos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo quirúrgico
FA0603	Se cobran dispositivos médicos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada
FA07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
FA0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0702	Se facturan separadamente principios activos que fueron dispensados en una presentación combinada
FA0703	Se cobran medicamentos o APME que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0705	Se cobran medicamentos que ya se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico.
FA08	Apoyo diagnóstico
FA0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA0802	Se facturan separadamente apoyos diagnósticos incluidos uno en el otro
FA0803	Se cobran apoyos diagnósticos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA0805	Se cobran apoyos diagnósticos que ya se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico o intervencionista
FA13	Factura incluye servicios y tecnologías de diferentes coberturas
Nota	Cuando se use para una factura de venta multiusuarios, se glosa lo correspondiente al servicio o tecnología con cobertura diferente a los recursos que maneje la Entidad Responsable de Pago correspondiente del resto de la factura de venta, generando el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud la nota crédito sobre el servicio o tecnología de salud y se continúa con el trámite de la factura de venta
	Servicio o tecnología corresponde a diferente cobertura

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA14	Representación gráfica de la factura
FA1401	Diferencia entre representación gráfica de la Factura de Venta y el XML de la Factura de Venta en Salud validado por la DIAN. Si la representación gráfica es acordada en el acuerdo de voluntades por las partes
FA16	Persona, servicio o tecnología pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la prestación
Nota	Aplica cuando la factura incluye varias personas y se puede tramitar parcialmente.
FA1605	En la factura se relacionan uno o varias personas que en el momento de la prestación del servicio corresponden a otro responsable de pago
FA1606	En la factura se relacionan uno o varios servicios o tecnologías en salud que corresponden a otro responsable de pago
FA19	Error en descuento pactado
Nota	Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura
FA1905	Hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado o no fueron aplicados
FA20	Recibo de pago compartido
Nota	Solo aplica cuando se haya pactado el recaudo de copagos, cuotas moderadoras o de recuperación por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud. No aplica en caso de no recaudo del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud por no pago por parte de la persona
FA2005	El recaudo de los copagos y las cuotas moderadoras o de recuperación, no se realizó de manera efectiva por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, por causa atribuible al mismo
FA2006	Los recaudos efectivos de copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, que por acuerdo de voluntades efectuó el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud fueron mal liquidados
FA23	Otros procedimientos no quirúrgicos
FA2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA2302	Se facturan separadamente otros procedimientos no quirúrgicos incluidos uno en el otro
FA2303	Se cobran otros procedimientos no quirúrgicos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA27	Servicio o tecnología de salud ya facturado
FA2702	Se cobran servicios y tecnologías en salud que se encuentran ya cobrados dentro de la misma u otra factura
FA28	Servicio o tecnología de salud ya pagada al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente
FA2805	Se factura un servicio o tecnología de salud ya pagada por parte de la Entidad Responsable de Pago
FA38	Traslado asistencial de la persona
FA3801	Los cargos por transporte asistencial de las personas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA3803	Se cobra transporte asistencial de la persona que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA51	Servicio o tecnología prestado o suministrada por un Prestador de Servicios de Salud o PST diferente al que tiene a su cargo la atención agrupada
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	Aplica conforme a lo establecido en los artículos 2.5.3.4.5.4 y 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016.
	Aplica como ajuste descontable al valor total de la factura de venta
FA5103	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada, prestado por otro Prestador de Servicios de Salud en caso de urgencias o por proceso de referencia
FA5105	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada, que hace parte de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud o la RIAS para la población materno perinatal, fue prestado o provisto por otro Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud
Nota	No aplica para aquellos servicios y tecnologías que deben ser garantizados antes del alta hospitalaria en el marco de la RIAS para la población materno perinatal
FA5106	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada prestado por otro Prestador de Servicios de Salud, con la finalidad de determinar el nivel de control o la aparición de complicaciones de una condición en salud ya establecida
FA52	Disminución en el número de personas incluidas en una modalidad de pago prospectiva
FA5205	El número de personas incluidas en la modalidad de pago prospectiva es disminuido por novedades en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA o por las asignaciones de personas realizadas por la autoridad competente
FA5206	La persona incluido en una modalidad de pago prospectiva fallece y aplica una deducción proporcional del valor facturado
FA57	Apoyo terapéutico
FA5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA5702	Se facturan separadamente apoyos terapéuticos incluidos uno en el otro
FA5703	Se cobran apoyos terapéuticos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
FA58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
FA5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA5802	Se facturan separadamente procedimientos quirúrgicos o intervencionistas incluidos uno en el otro
FA5803	Se cobran procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada
FA59	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona
FA5901	Los cargos por transporte no asistencial ambulatorio de la persona que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA5903	Se cobra transporte no asistencial ambulatorio de la persona que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes
TA	TARIFAS
Definición	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados
TA01	Estancia u observación de urgencias
TA0101	El cargo por estancias u observación de urgencias, que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencia con los valores pactados o establecidos por la norma
TA02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
TA0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA03	Honorarios profesionales en procedimientos

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
TA0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA04	Honorarios otros profesionales asistenciales
TA0401	Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados o justificados en soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA05	Derechos de sala
TA0501	Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA06	Dispositivos médicos
TA0601	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
TA0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA08	Apoyo diagnóstico
TA0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA09	Atención agrupada
Nota	No aplica en caso de atención de urgencias o cuando se haya emitido autorización
TA0901	Los cargos por atención agrupada que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados.
Nota	No aplica cuando se haya pactado o en la norma vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el grupo de servicios o tecnologías incluidos en la atención agrupada
TA23	Otros procedimientos no quirúrgicos
TA2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA29	Recargos no pactados
TA2901	En la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre las partes o establecidos por la norma
TA38	Transporte asistencial de personas
TA3801	Los cargos por transporte asistencial de personas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA57	Apoyo terapéutico
TA5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
TA5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
TA59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
TA5901	Los cargos por otro transporte no asistencial de personas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma
SO	SOPORTES
Definición	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia total o parcial o inconsistencia en los soportes o porque no corresponden a la persona atendida
SO01	Estancia u observación de urgencias
SO0101	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la epicrisis que soporta la estancia u observación de urgencias
SO0102	Los soportes de cobro que evidencian la estancia u observación de urgencias no corresponden a la persona atendida
SO02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
SO0201	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la realización de la consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria
SO0202	Los soportes de cobro que evidencian la realización de la consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria no corresponden a la persona atendida
SO03	Honorarios profesionales en procedimientos
SO0301	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionista
SO0302	Los soportes de cobro que evidencian los honorarios de profesionales en procedimientos no corresponden a la persona atendida
SO0303	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios de anestesia
SO04	Honorarios otros profesionales asistenciales
SO0401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos
SO0402	Los soportes de cobro que evidencian los honorarios de otros profesionales asistenciales no corresponden a la persona atendida
SO06	Dispositivos médicos
SO0601	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos empleados en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que sean motivo de cobro adicional
Nota	No aplica cuando el registro está en la hoja de gastos de cirugía que se envía como soporte
SO0602	Los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos empleados no corresponden a la persona atendida
SO0603	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos empleados en procedimientos no quirúrgicos que sean motivo de cobro adicional
SO0604	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos entregados como parte de una acción de protección específica o tratamiento
SO07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME
SO0701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de administración de medicamentos
SO0702	Los soportes de cobro que evidencian los medicamentos suministrados no corresponden a la persona atendida
SO0703	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el comprobante de recibido de medicamentos de las personas
SO08	Apoyo diagnóstico

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO0801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica del apoyo diagnóstico
SO0802	Los soportes de cobro que evidencian el apoyo diagnóstico no corresponden a la persona atendida
SO0803	Existe ausencia en los soportes de cobro de la lectura o interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente
SO20	Recibo de pago compartido
SO2001	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud no incluye el número de la factura de venta o del documento equivalente del copago, cuota moderadora o de recuperación que recibió efectivamente de la persona en el RIPS
SO21	Autorización principal
Nota	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.
	Aplica como glosa total. Cuando la Entidad Responsable de Pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto
SO2101	El número de la autorización principal no está incluido en el RIPS.
SO2102	El número de la autorización principal incluido en el RIPS no corresponde al Prestador de Servicios de Salud
SO2104	El número de la autorización principal incluido en el RIPS no corresponde a la persona atendida
SO23	Otros procedimientos no quirúrgicos
SO2301	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica de otros procedimientos no quirúrgicos
SO2302	Los soportes de cobro que evidencian otros procedimientos no quirúrgicos no corresponden a la persona atendida
SO30	Autorización de servicios y tecnologías adicionales
Nota	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.
	Aplica como glosa total. Cuando la Entidad Responsable de Pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto
SO3001	El número de la autorización de servicios y tecnologías adicionales no está incluido en el RIPS
SO3002	El número de la autorización de servicios y tecnologías adicionales incluido en el RIPS no corresponde al prestador de servicios
SO3003	El número de la autorización de servicios y tecnologías adicionales incluido en el RIPS no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada
SO3004	La autorización de servicios y tecnologías adicionales incluido en el RIPS no corresponde a la persona atendida
SO34	Resumen de atención o epicrisis, hoja de atención de urgencias u hoja de atención odontológica
Nota	Aplica como glosa total
SO3401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la epicrisis
SO3402	La epicrisis no corresponde a la persona atendida
SO3403	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de atención de urgencias
SO3404	La hoja de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida
SO3405	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el resumen de atención
SO3406	El resumen de atención no corresponde a la persona atendida
SO3407	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de atención odontológica

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO3408	La hoja de atención odontológica no corresponde a la persona atendida
SO36	Copia de la factura o el detalle de cargos expedida a la aseguradora del SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces
SO3601	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en las copias de la factura enviada a la compañía de seguros SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, cuando aplica, con sus respectivos detalles, con las que se cumple los topes de cobertura
SO3602	Las copias de la factura enviada a la compañía de seguros SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, cuando aplica, no corresponde a la persona atendida
SO37	Orden o prescripción facultativa del profesional tratante
SO3701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la orden o prescripción facultativa del profesional tratante
SO3702	La orden o prescripción facultativa no corresponde a la persona atendida
SO38	Transporte asistencial de personas
SO3801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de transporte
SO3802	La hoja de transporte no corresponde a la persona atendida
SO39	Comprobante de recibido del usuario
SO3901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el comprobante de recibido del usuario
SO3902	El comprobante de recibido del usuario no corresponde a la persona atendida
SO40	Registro de anestesia
SO4001	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia de la copia del registro de anestesia
SO4002	El registro de anestesia no corresponde a la persona atendida
SO41	Descripción quirúrgica
SO4101	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia, de la copia de la descripción quirúrgica
SO4102	La descripción quirúrgica no corresponde a la persona atendida
SO42	Lista de precios
Nota	Aplica únicamente cuando las tecnologías en salud facturadas no estén incluidas en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades o en los casos de atención sin contrato.
	No aplica en los casos en que existe acuerdo de voluntades entre la Entidad Responsable de Pago y el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud ya que esta lista de precios debe ser un anexo del acuerdo, a menos que se requiera actualizar la información
SO4201	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia de la lista de precios
SO47	Faltan soportes de los servicios y tecnologías en salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
SO4701	No se incluye en la factura de venta los soportes de los servicios y tecnologías en salud para recobros a cargo de la ADRES, accidentes de trabajo o enfermedad profesional a cargo de la ARL, de conformidad con la normativa vigente
SO48	Informe atención de urgencias
Nota	Aplica como glosa total cuando la atención de urgencias no es informada a la Entidad Responsable de Pago, en los términos definidos en la normativa vigente.
	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 la entidad territorial, por no haberse establecido comunicación con la Entidad Responsable de Pago, en los términos establecidos en la normativa vigente
SO4801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el informe de atención de urgencias
SO4802	El informe de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO57	Apoyo terapéutico
SO5701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica del apoyo terapéutico
SO5702	Los soportes de cobro que evidencian el apoyo terapéutico no corresponden a la persona atendida
SO58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
SO5801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas
SO5802	Los soportes de cobro que evidencian los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas no corresponden a la persona atendida
SO59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
SO5901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el tiquete del transporte
SO5902	El tiquete de transporte no corresponde a la persona atendida
SO60	Reportes de información
Nota	Aplica para los reportes de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según la normativa vigente
SO6001	Los reportes de información de las actividades de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal, no se envían de acuerdo a los tiempos definidos por la normativa vigente
SO6002	Los reportes de información de las actividades de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal, se envían en estructura diferente a la exigida por la normativa vigente
SO6003	Los reportes de información de las actividades de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal, no se envían de forma completa
SO6004	Los reportes de información de las condiciones crónicas y de alto costo, no se envían de acuerdo a los tiempos definidos por la normativa vigente
SO6005	Los reportes de información de las condiciones crónicas y de alto costo, se envían en estructura diferente a la exigida por la normativa vigente
SO6006	Los reportes de información de las condiciones crónicas y de alto costo, no se envían de forma completa
SO61	Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud
Nota	Las validaciones realizadas previas al proceso de radicación de la Factura de Venta en Salud establecidas por el Ministerio de salud y protección Social no podrán ser objeto de glosa por parte de la Entidad Responsable de Pago. La Entidad Responsable de Pago debe formular y comunicar la glosa, especificando cada uno de los campos inconsistentes para que el Prestador de Servicios de Salud o el Proveedor de Tecnologías en Salud subsane la glosa. No se podrá formular esta causa sobre campos de datos diferentes a los inicialmente glosados, salvo si persiste error en alguno de los campos glosados
SO6101	En el caso de que uno o varios campos de RIPS presente inconsistencias con la atención prestada
SO6102	En el caso de que uno o varios campos de RIPS presente inconsistencias con relación al contrato
AU	AUTORIZACIONES
Nota	Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías en salud facturados por el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la Entidad Responsable de Pago o cuando se cobren servicios y tecnologías con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la normativa vigente.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término establecido en la presente resolución. En los casos de atención de pacientes en condición de urgencia, donde el CRUE define el prestador de servicios de salud que debe atender el paciente, no aplica glosa
AU01	Estancia u observación de urgencias
AU0101	El número de horas en observación de urgencias, o días en habitación que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con los días autorizados
AU0102	El servicio de internación donde se produjo la estancia no corresponde al autorizado
AU02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
AU0201	El número de consultas, interconsultas o atenciones (visitas) domiciliarias que vienen relacionadas en la factura de venta presenta diferencia con las autorizadas
AU0202	La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria relacionada o justificada en los soportes de la factura de venta no corresponde a la autorizada
AU03	Honorarios profesionales en procedimientos
AU0302	Los honorarios profesionales relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponde a la autorizada
AU0303	La Entidad Responsable de Pago emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la IPS está facturando a su nombre estos honorarios
AU06	Dispositivos médicos
AU0601	El número de dispositivos médicos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado
AU0602	Los dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponden a los autorizados
AU07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
AU0701	El número de unidades de la forma farmacéutica que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado
AU0702	La forma farmacéutica que vienen relacionada en la factura de venta presenta diferencia con la autorizada
AU0703	El principio activo que viene relacionado en la factura de venta presenta diferencia con el autorizado
AU0704	La concentración que viene relacionada en la factura de venta presenta diferencia con la autorizada
AU08	Apoyo diagnóstico
AU0801	El número de apoyos diagnósticos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado
AU0802	Los apoyos diagnósticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponden con los autorizados
AU21	Autorización
Nota	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización. Aplica como glosa total.
	Cuando la Entidad Responsable de Pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto
AU2103	El número de la autorización no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada
AU23	Otros procedimientos no quirúrgicos
AU2301	El número de procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
AU2302	El procedimiento no quirúrgico relacionado o justificado en los soportes de la factura de venta no corresponden con el autorizado
AU30	Autorización de servicios adicionales
Nota	No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico o intervencionista debidamente autorizado, el profesional considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas
AU3003	El número de la autorización de servicios adicionales al plan de manejo inicial no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada
AU38	Transporte asistencial de personas
Nota	No aplica en el caso de transporte de personas con patología de urgencias
AU3803	El transporte asistencial de personas no cuenta con la autorización
AU43	Orden o prescripción facultativa del profesional tratante o autorización de servicios vencida al momento de su dispensación
AU4303	El número de la autorización de servicios, orden o prescripción facultativa del profesional tratante registrado en los soportes de cobro ha superado el límite de días de vigencia
Nota	Los días de vigencia se calculan desde la prescripción u orden, hasta la prestación o provisión del servicio o tecnología
AU4304	El número de la autorización de servicios, orden o prescripción facultativa del profesional tratante registrado en los soportes de cobro no corresponde a la autorización, orden o prescripción facultativa reemplazada por vencimiento
AU57	Apoyo terapéutico
AU5701	El número de apoyos terapéuticos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado
AU5702	Los apoyos terapéuticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponden con los autorizados
AU58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
AU5801	El número de procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado
AU5802	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta, no corresponden a los autorizados
AU59	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona
AU5903	El transporte no asistencial ambulatorio de la persona no cuenta con la autorización
CO	COBERTURA
Nota	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías en salud que no están incluidos en los planes o coberturas a cargo de las Entidades Responsables de Pago, que hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o están a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los toques
CO01	Estancia u observación de urgencias
CO0101	El número de días en observación o habitación que vienen relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
CO0201	La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria relacionada en los soportes de cobro no está incluida en la respectiva cobertura
CO03	Honorarios profesionales en procedimientos
CO0301	Los honorarios profesionales relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO04	Honorarios otros profesionales asistenciales
CO0401	Los honorarios de otros profesionales asistenciales relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO06	Dispositivos médicos

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CO0601	Los dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME
CO0701	Los medicamentos o APME relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO08	Apoyo diagnóstico
CO0801	Los apoyos diagnósticos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO23	Otros procedimientos no quirúrgicos
CO2301	Los procedimientos no quirúrgicos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO38	Transporte asistencial de personas
CO3801	El transporte asistencial de personas relacionado en los soportes de cobro no está incluido en la respectiva cobertura
CO46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces
CO4601	Se facturan servicios a la Entidad Responsable de Pago sin agotar los topes cubiertos por la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), la ADRES o la entidad que haga sus veces
CO57	Apoyo terapéutico
CO5701	Los apoyos terapéuticos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
CO58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CO5801	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO59	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona
CO5901	El transporte no asistencial de la persona relacionado en los soportes de cobro no está incluido en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente
CL	CALIDAD
Nota	En este código general se consideran las glosas que están relacionadas con: Pertinencia: Aquellas que se generan por no existir coherencia entre el evento o condición en salud que generó el proceso de atención y los servicios y tecnologías prestados o provistos a la persona, relacionados en los soportes de cobro de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas. Oportunidad: Aplica cuando la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud se realiza con retrasos, generando riesgo para la vida o la salud de la persona. Las partes deben definir en los acuerdos de voluntades los tiempos para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en el marco de la normativa vigente
CL01	Estancia u observación de urgencias
CL0101	El cargo por estancia, sea ésta en observación de urgencias o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura de venta no es pertinente
CL02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
CL0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado en los soportes de cobro no es pertinente
CL0202	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado en los soportes de cobro, corresponde a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL03	Honorarios profesionales en procedimientos
CL0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL06	Dispositivos médicos
CL0601	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL0602	Los cargos por dispositivos médicos que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro que fue realizado fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME
CL0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, no son pertinentes
CL0702	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro que fue realizado fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL0703	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro incompleto de acuerdo a la orden o la prescripción facultativa
CL08	Apoyo diagnóstico
CL0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL0802	Los cargos por procedimientos de apoyo diagnóstico que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL23	Otros procedimientos no quirúrgicos
CL2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos o actividades que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL2302	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL38	Transporte asistencial de las personas
CL3801	Los cargos por transporte asistencial de personas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL3802	Los cargos por transporte asistencial de personas que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL53	Atención de urgencia
Nota	Las consultas, procedimientos, medicamentos, dispositivos y otros servicios que se hayan prestado o provisto en el marco de una urgencia que sean sujeto de glosa, tendrán que registrarse con los códigos de aplicación que se encuentran en este código específico
CL5301	Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normativa vigente
CL5302	Los cargos por atenciones de urgencias que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL57	Apoyo terapéutico
CL5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL5702	Los cargos por procedimientos de apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud. Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CL5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL5802	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud. Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
CL59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
CL5901	Los cargos por transporte no asistencial ambulatorio de las personas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo Prestador de Servicios de Salud. Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo Prestador de Servicios de Salud que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al Prestador de Servicios de Salud correspondiente por parte de la Entidad Responsable de Pago y no se cumplen los tiempos pactados con este
SA	SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS
Nota	Son glosas que se pactan con el fin de afectar del total de la factura un porcentaje definido, por conceptos relacionados con el seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades. El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades. Para los indicadores que hagan parte del seguimiento del acuerdo, las partes deben definir al momento de suscribirlo, las metas, umbrales o rangos para su cumplimiento y la proporción acordada de glosa en caso de incumplimiento.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	Independiente de las glosas generadas producto del seguimiento a los acuerdos de voluntades, las partes deben generar planes de mejora que permitan la obtención de los resultados esperados. No aplica cuando el incumplimiento de los indicadores sea producto de factores que no sean del alcance y gestión por parte del Prestador de Servicios de Salud o del Proveedor de Tecnologías en Salud
SA54	Incumplimiento de indicadores de seguimiento
Nota	Aplica a los relacionados con las intervenciones obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas y de alto costo, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social
SA5401	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique o sustituya
SA5402	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de población materno perinatal según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique o sustituya
SA5403	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de las condiciones crónicas y de alto costo, según lo establecido por la normativa vigente o lo pactado entre las partes
SA55	Ajuste frente a la desviación de la nota técnica
Nota	Aplica en las modalidades de pago prospectivas con base en lo definido en la nota técnica construida al momento de suscribir los acuerdos de voluntades. Las partes al momento de suscribir el acuerdo deben establecer el límite inferior y superior de desviaciones admisibles frente a lo previsto en la nota técnica
SA5501	Disminución en el número de la población inicial a atender en una modalidad de pago prospectiva
SA5502	Disminución en la frecuencia observada en el uso de los servicios y tecnologías en salud frente a lo proyectado en la nota técnica
Nota	No aplica cuando la disminución en la frecuencia es producto de la adecuada gestión de la población asignada
SA56	Indicadores de calidad, gestión y resultados
SA5601	Incumplimiento de los indicadores de calidad
SA5602	Incumplimiento de los indicadores de gestión
SA5603	Incumplimiento de los indicadores de resultados en salud

TABLA 5.4 CÓDIGOS DE RESPUESTA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
RE	RESPUESTAS A DEVOLUCIONES O GLOSAS
RE95	Glosa o devolución extemporánea
RE9501	La devolución no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos por la norma
RE9502	La glosa no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos por la Ley configurándose la aceptación tácita de la factura de venta
RE96	Glosa o devolución injustificada
RE9601	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud aporta a la Entidad Responsable de Pago la evidencia que demuestra que la devolución es injustificada al 100%
RE9602	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud aporta a la Entidad Responsable de Pago la evidencia que demuestra que la glosa es injustificada al 100%

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los mecanismos de envío de información, procedimientos y términos que deberán ser adoptados en el relacionamiento entre las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud, así como los mecanismos de ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
RE97	Glosa o devolución totalmente aceptada
RE9701	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud informa a la Entidad Responsable de Pago que la devolución ha sido aceptada al 100%
RE9702	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud informa a la Entidad Responsable de Pago que la glosa ha sido aceptada al 100%
RE98	Glosa parcialmente aceptada y subsanada parcialmente
RE9801	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud informa a la Entidad Responsable de Pago que la glosa ha sido aceptada y subsanada parcialmente
RE99	Glosa no aceptada y subsanada en su totalidad
RE9901	El Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud informa a la Entidad Responsable de Pago que la glosa siendo justificable ha podido ser subsanada totalmente
RE22	Respuesta a devolución y glosa extemporánea
RE2201	La Entidad Responsable de Pago informa al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud que la respuesta a la devolución se presenta por fuera de los términos legales
RE2202	La Entidad Responsable de Pago informa al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud que la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales, configurándose la aceptación tácita de la glosa