

Normativa y procedimientos para la facturación en el sistema de salud colombiano

Breve descripción:

La normativa colombiana desde 1993, con la Ley 100, regula la facturación de servicios de salud, optimizando el flujo de caja de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Esto incluye detallados procedimientos y términos para la recuperación equitativa de costos y la humanización del servicio. Destacan resoluciones como la 3047 de 2008 y el Decreto 4747 de 2007, que especifican formatos, términos y procedimientos para el efectivo cobro y pago de los servicios de salud.

Mayo 2024

Tabla de contenido

Introducción	4
1. Normatividad	5
2. La factura.....	8
3. Tipos de usuarios y planes de beneficios	9
Soportes físicos y digitales.....	10
Manuales tarifarios.....	13
4. Acuerdo de voluntades y normatividad	14
Responsables de pagos Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).....	17
5. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”	18
Verificación de derechos de los usuarios.....	19
6. Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud (RIPS)	21
7. Historias clínicas y custodia de la información	24
Síntesis	25
Material complementario	26
Glosario	27
Referencias bibliográficas	28
Créditos	30



Introducción

Desde la creación de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se ha dado especial importancia a la operatividad y puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud en términos de cobertura y garantía en la prestación universal del servicio a todos los colombianos. En esta ocasión, destacamos el proceso de facturación de dichos servicios de salud que son prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y cuyos recursos son administrados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

El propósito de este componente es conocer la normatividad vigente relacionada con la facturación en la prestación del servicio de salud, reconocer los tipos de usuarios del sistema, los planes de atención, los manuales tarifarios, los documentos asociados y sus soportes.

Actualmente, las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia deben garantizar la calidad de sus servicios a los usuarios, como lo establece la Ley 100 de 1993. Para ello, es crucial mejorar continuamente sus procesos de contratación basándose en las normativas actuales que rigen el decreto 4747 de 2007, el cual define los criterios para los acuerdos de voluntades.

1. Normatividad

Existe una normativa que explica cómo facturar los servicios de salud de manera eficaz y eficiente, asegurando que se cumplan los términos establecidos para la recuperación del dinero de forma equitativa. Esto permite optimizar el flujo de caja de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), cubriendo las atenciones requeridas en el tiempo establecido, con calidad y humanización en el servicio de salud.

Todo inició en el año 1993 con la creación de la Ley 100, donde se estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) entre otros sistemas complementarios. Desde entonces, han surgido una serie de normas que han regulado este sistema en términos de cobertura, accesibilidad y procesos internos de sus actores (EPS, IPS, FOSYGA, entidades encargadas del pago). Como normativa relevante se señala:

- **Decreto 4747 de 2007**

Regula aspectos de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud.

- **Congreso de Colombia, 9 de enero de 2007**

Regula la relación entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, especialmente en lo relacionado con las EPS en regímenes Contributivo y Subsidiado.

- **Resolución 3047 de 2008**

Establece formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago, según el Decreto 4747 de 2007.

- **Resolución 4331 de 2012**

Adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada anteriormente por la Resolución 416 de 2009.

- **Resolución 1479 de 2015**

Señala el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, para afiliados al Régimen Subsidiado.

- **Resolución 6408 de 2016**

Modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC e incluye anexos técnicos.

En las áreas de facturación, es necesario contar con una lista de chequeo que garantice la verificación de los soportes y con un convenio previamente establecido de acuerdo con las tarifas pactadas entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud (Acuerdo de voluntades).

En su totalidad, tanto las IPS como las EPS cuentan con sistemas operativos de confianza adaptados a las necesidades de cada uno.

El facturador tiene la responsabilidad de manejar el sistema con ética y eficiencia. Esto implica adherirse a los planes de beneficios, niveles de atención, tarifas acordadas, manuales de procedimientos y cuotas moderadoras, de recuperación o copagos que estén vigentes en la fecha en que se emite la factura de prestación de servicios.

Se hace especial énfasis en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificaciones. Establece la forma en que en el transcurso del modelo se desarrolla la norma desde casos prácticos.

El FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), es claramente el medio por el cual los aportes económicos de todos los colombianos al Sistema de Seguridad Social en Salud se canalizan. Estos aportes se reciben a través de cualquier entidad bancaria y se dirigen a este fondo, el cual está dividido en subcuentas y administra todos los recursos financieros. Por otro lado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) reportan a los usuarios discriminados por edad, sexo y lugar de residencia, mediante un mecanismo llamado compensación. A su vez, el fondo distribuye recursos según la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

2. La factura

Las facturas por prestación de servicios son en realidad notas preformadas que se expresan en términos monetarios. Estas notas se utilizan para el cobro del servicio a las entidades responsables del pago, como la EPS, los entes territoriales, el FOSYGA y los particulares, entre otros.

Para el SGSSS, la normativa vigente es la Resolución 3047 de 2008, incluyendo todas sus modificaciones. Esta resolución es esencial para cada facturador, actuando como una guía primordial.

La factura debe incluir, junto con sus soportes, los siguientes datos:

- Logo de la empresa e identificación tributaria.
- Resolución de aprobación para expedir facturas.
- Fecha.
- Valor en letras y números.
- Nombre del prestador del servicio (dirección y teléfono de contacto).
- Descripción del servicio.
- Identificación del usuario a quien se le prestó el servicio (dirección y teléfono de contacto).
- Firma de quien recibió el servicio.
- Anexos que comprueben atención.

El área de facturación debe prestar especial atención al alistamiento de la factura y sus soportes, ya que cualquier error puede comprometer los recursos económicos de la institución. Si el facturador notifica oportunamente cualquier error o inconsistencia, garantizará el flujo de efectivo necesario para la operatividad del sistema.

3. Tipos de usuarios y planes de beneficios

Desde la creación de la Ley 100 de 1993, los tipos de usuarios del SGSSS se han ido ampliando para garantizar la cobertura a todos los habitantes del país.

La Resolución 5592 de 2015, emitida por el Ministerio de la Protección Social, actualizó integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación. Esto significa que el Estado colombiano asigna a las Entidades Promotoras de Salud un valor económico por cada persona afiliada, determinado según su ubicación geográfica, edad y sexo, para su administración. Además, los servicios que prestan las IPS deben regirse por los servicios autorizados en el Plan de beneficios para su cobro a las administradoras.

Tabla 1. Tipos de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Condiciones de la normatividad vigente	Parentesco	Documento para acreditar afiliación
Siempre.	Cotizante.	Fotocopia del documento de identidad.
Si están casados.	Cónyuge.	Fotocopia del documento de identidad. Registro civil de matrimonio.
En unión marital de hecho o unión libre.	Compañero.	Fotocopia del documento de identidad. Declaración juramentada de convivencia vigente (No ante notario). No mayor a seis meses.
Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijos entre 0 y 6 años y 364 días.	Fotocopia del documento de Identidad (registro civil).

Condiciones de la normatividad vigente	Parentesco	Documento para acreditar afiliación
En el caso de ser el afiliado soltero o de hacer pago adicional de UPC.	Padres.	Fotocopia del documento de identidad. Registros civiles que se requieran para demostrar parentesco.
Caso de cobertura especial - Consultar condiciones.	Otros hasta tercer grado de consanguinidad. (Abuelos, bisabuelos, tíos, hermanos, sobrinos, nietos, bisnietos).	Fotocopia del documento de identidad. Registros civiles que se requieran para demostrar parentesco. Recibo de pago de UPC (planilla de autoliquidación).
Caso de cobertura especial - Consultar condiciones.	Nietos que dependen económicamente del abuelo.	Registro civil para demostrar parentesco.

Soportes físicos y digitales

El acuerdo de voluntades, parametrizado en cada entidad facturadora, establece que los soportes sean físicos o digitales según el caso, sin dejar de lado lo estipulado en la Resolución 3047 de 2008 y sus adiciones o modificaciones. Además, existe el MAPIPOS (Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud) en el SGSSS, según la Resolución 5261 de 1994, que presenta de manera cefalocaudal (de la cabeza a los pies) las actividades, intervenciones y procedimientos según el plan de beneficios.

Este manual está organizado y clasificado por nivel de atención en el Plan de Beneficios del Sistema, como se ve a continuación:

Primer nivel

Atención ambulatoria:

- Consulta médica general.
- Atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Atención odontológica.
- Laboratorio clínico.
- Radiología.
- Medicamentos esenciales.
- Citología.
- Acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control.
- Atención quirúrgica.

Servicios con internación:

- Atención obstétrica.
- Atención no quirúrgica u obstétrica.
- Laboratorio clínico.
- Radiología.
- Medicamentos esenciales.
- Valoración diagnóstica y manejo médico.

Segundo nivel

Atención ambulatoria especializada: se define como la atención médica, no quirúrgica, no procedimental, no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha

mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico - administrativo para los niveles II y III de complejidad de atención; junto con lo del primer nivel y más especializados.

Tercer nivel

Condiciones de acceso a los servicios: la utilización de servicios incluidos en este nivel requerirá la aprobación previa de la Entidad Promotora de Salud, quien podrá utilizar para ello comités médicos científicos quienes deberán ceñirse a las guías de atención integral; junto con lo del primer nivel y más especializados.

Cuarto nivel

Patologías de tipo catastrófico: son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, bajo ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procesamientos:

- Trasplante renal.
- Diálisis.
- Neurocirugía, sistema nervioso.
- Cirugía cardíaca.
- Reemplazos articulares.
- Manejo del gran quemado.
- Manejo del trauma mayor.
- Manejo de pacientes infectados por (VIH).
- Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos.
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

Manuales tarifarios

Existen el Manual Tarifario ISS (Acuerdo 256 de 2001 y Acuerdo 312 de 2004) y el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) como referentes para el cobro de atenciones en la prestación del servicio de salud en Colombia, sin dejar de lado que los contratos que regulan las operaciones comerciales de la prestación del servicio pueden variar según las negociaciones establecidas por las partes contratantes.

Este manual está organizado y clasificado por nivel de atención en el Plan de Beneficios del Sistema, como se ve a continuación:

El Manual Tarifario ISS utiliza la Unidad de Valor Relativo (UVR) según puntos establecidos, y se pueden pactar porcentajes adicionales o reducidos de puntos de valor para cada cobro. Por su parte, el tarifario SOAT cuenta con una tarifa establecida anualmente y se actualiza en enero de cada año, acorde con el incremento del salario mínimo legal vigente en el país.

4. Acuerdo de voluntades y normatividad

El Estado Colombiano cuenta con diferentes reglas que establecen garantías para la realización de contratos o acuerdos de voluntades entre Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS), permitiendo el aseguramiento a los usuarios y la prestación de los servicios de salud correspondientes a cada red de servicios.

Como normatividad principal, se cuentan:

- **Resolución 3374 de 2000**

Reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

- **Decreto 4747 de 2007**

Regula aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud.

- **Congreso de Colombia, 9 de enero de 2007**

Regula la relación entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, especialmente en lo relacionado con las EPS en regímenes contributivo y subsidiado.

- **Resolución 1479 de 2015**

Señala el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS para afiliados al régimen subsidiado.

- **Resolución 6408 de 2016**

Modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC e incluye anexos técnicos.

- **Resolución 6411 de 2016**

Fija el valor de la UPC para la cobertura del plan de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2017.

- **Resolución 1132 de 2017**

Modifica la Resolución 4678 de 2015, adopta la CUPS y dicta otras disposiciones relacionadas con la Resolución 6408 de 2016.

- **Resolución 1687 de 2017**

Sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.

El facturador desarrolla las competencias para identificar los tipos de acuerdos, para así cobrar los servicios prestados ante las Entidades responsables, según el Decreto 4747 de 2007, que tiene en cuenta diferentes tipos de acuerdos de voluntades.

La relación contractual entre los prestadores y aseguradores se modifica automáticamente, de acuerdo con la dinámica de la actividad regulatoria. Los acuerdos de voluntades se realizan entre los representantes legales de las IPS y las EPS, y tienen que ver con la contratación de los servicios en salud. Para este caso, se contemplan varios aspectos, como pueden ser:

- Término de duración.
- El valor.
- Información de la población objeto.
- Servicios contratados.
- Mecanismos y forma de pago.

- Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Periodicidad en la entrega de información RIPS.
- Periodicidad y forma de auditoría.
- Mecanismos de interventoría o seguimiento.
- Mecanismos para la solución de conflictos.
- Mecanismos y términos para la liquidación.

El facturador siempre debe tener en cuenta todos los criterios para poder aplicar dicha factura según cada acuerdo, ya que puede haber varias clases de contratos según las diferentes aseguradoras. Los aplicativos que utilizan los responsables de pago están parametrizados con los valores pactados y a cobrar.

- **Pago por capitación**

Es un pago anticipado de una suma fija realizado por persona, la cual tendrá derecho a recibir atención durante un periodo establecido, basado en un conjunto de servicios acordados. La unidad de pago se establece mediante una tarifa previamente convenida, que depende del número de personas que se prevea atender.

- **Pago por evento**

Este mecanismo determina que el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos proporcionados o suministrados a un paciente durante un periodo concreto, asociado a un evento específico de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento suministrado, con tarifas acordadas con antelación.

- **Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico**

A través de este mecanismo se efectúa el pago de conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, suministrados a un paciente y vinculados a un evento de salud, diagnóstico o grupo de diagnóstico correspondiente. La unidad de pago la conforma cada caso, conjunto o paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con tarifas previamente pactadas.

Responsables de pagos Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

Dentro de las EAPB se encuentran las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administran planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deben difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios. Para ello, deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia, el listado actualizado de los prestadores de servicios de salud que la conforman. Este listado debe estar organizado por el tipo de servicios contratados y por el nivel de complejidad.

5. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”

El Ministerio de Protección Social estableció un modelo de selección y clasificación de urgencias, conocido como "Triage", que los prestadores de servicios de salud con servicios de urgencias habilitados deben cumplir obligatoriamente.

Tabla 2. Clasificación del “Triage”

TRIAGE I	TRIAGE II	TRIAGE III	PRIORIDAD IV	PRIORIDAD V
Reanimación	Emergencia	Urgencia	No Urgencia	No Urgencia
Condiciones de salud extremas que amenazan la vida del paciente.	Situación de alto riesgo que representa peligro inminente de estado de salud.	Condición aguda, no amenazante de la vida, moderada.	Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete al estado general del paciente y no representa un riesgo evidente.	Condición clínica relacionada con problemas agudos crónicos o servicio de atención aguda determinado al estado general del paciente.
Requiere una intervención médica inmediata.	Debe recibir una atención médica rápida.	Requiere consulta médica no inmediata.	No representa un riesgo evidente para la vida.	No representa un riesgo evidente para la vida.
ATENCIÓN: Inmediata.	ATENCIÓN: Dentro de los siguientes 30 minutos.	ATENCIÓN: Hasta 2 horas.	ATENCIÓN: De 2 hasta 4 horas.	ATENCIÓN: Cita por consulta externa.

El facturador tendrá que verificar y tener en cuenta algunos de los siguientes procedimientos, mediante diferentes medios telemáticos, internet, y bases de datos.

Verificación de derechos de los usuarios

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento mediante el cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud. Para ello, se debe presentar el documento de identificación del usuario, que puede ser el Registro Civil, la Tarjeta de Identidad, la Cédula de Ciudadanía, entre otros.

Esta información debe ser ingresada en la base de datos proporcionada por los responsables del pago, como el comprobador de derechos ADRES o la Secretaría de Salud. El usuario puede realizar este procedimiento a través de su documento de identidad, sin que se le exijan copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

El procedimiento de verificación de derechos se llevará a cabo después de la selección y clasificación del paciente mediante el "Triage", y en ningún caso podrá ser motivo para retrasar la atención inicial de urgencias.

- **Informe de urgencias**

Todo prestador de servicios de salud debe informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de pacientes al servicio de urgencias dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención. El informe se realiza mediante el diligenciamiento y envío del anexo No. 2 de la Resolución 3047 de 2008.

- **Autorización de servicios posteriores**

Las entidades responsables del pago deben responder a las solicitudes de autorización de servicios (anexo 4 de la Resolución 3047 de 2008) en los siguientes términos:

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

- **Proceso de referencia y contrarreferencia**

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia, y la operación del sistema correspondiente, son obligaciones de las entidades responsables del pago de servicios de salud. Estas entidades deben disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones para garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención.

Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no esté vinculada a la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo. Esta atención deberá contar con la tecnología disponible según el servicio de ambulancia habilitado, y se extenderá hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

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

6. Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud (RIPS)

Los RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud, tal como quedó establecido en la Resolución 3374 de 2000 modificada por la Resolución 951 de 2002, “fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS”. Y la Resolución 1531 de 2014, “por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación”.

El RIPS provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS). Tomado de la Resolución 3374 de 2000.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, está conformado por tres clases de datos:

- **Datos de identificación**

Incluyen los datos de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta.

- **Datos del RIPS**

Relacionados con las consultas, procedimientos, servicios de urgencia, hospitalización y medicamentos, incluyendo características y valores de cada uno.

- **Datos de consulta**

Aplicables a todo tipo de consulta (programada, urgencia, médica general/especializada, odontológica general/especializada y otras profesiones de salud).

- **Datos de procedimientos**

Aplicables a todos los procedimientos, ya sean diagnósticos, terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

- **Datos de hospitalización**

Generados cuando se requiere hospitalización por cualquier motivo, incluyendo consultas, procedimientos y estancias.

La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

- Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluyen las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.
- Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas.
- Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de estos.

Los procesos informáticos para la generación y conservación de los RIPS son los siguientes:

- **Actualización**

Registro primario del dato, modificación, eliminación e ingreso de estos a medios magnéticos o electrónicos.

- **Validación**

Verificación de los datos registrados en términos de correspondencia con la definición, estructura y características definidas en la resolución; incluye la referencia cruzada entre variables.

- **Organización**

Ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales de salud según las estructuras estandarizadas del Sistema Integral de Información en Salud.

- **Administración de los datos**

Conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos, establecimiento de niveles de control y seguridad de los datos.

- **Transferencia de datos**

Envío de los datos utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico, que permite la actualización de los mismos entre diferentes entidades.

- **Disposición de información**

Oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación.

Los archivos de datos deben identificarse con el tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (de uno a seis caracteres), para un nombre con un total máximo de ocho caracteres más la extensión del archivo que debe ser TXT.

Las cuentas sin RIPS no son radicadas para pagos, los archivos planos con la información correspondiente a los registros deben ser validados con el fin de optimizar el desembolso del recurso previa auditoría por parte del responsable de pago.

7. Historias clínicas y custodia de la información

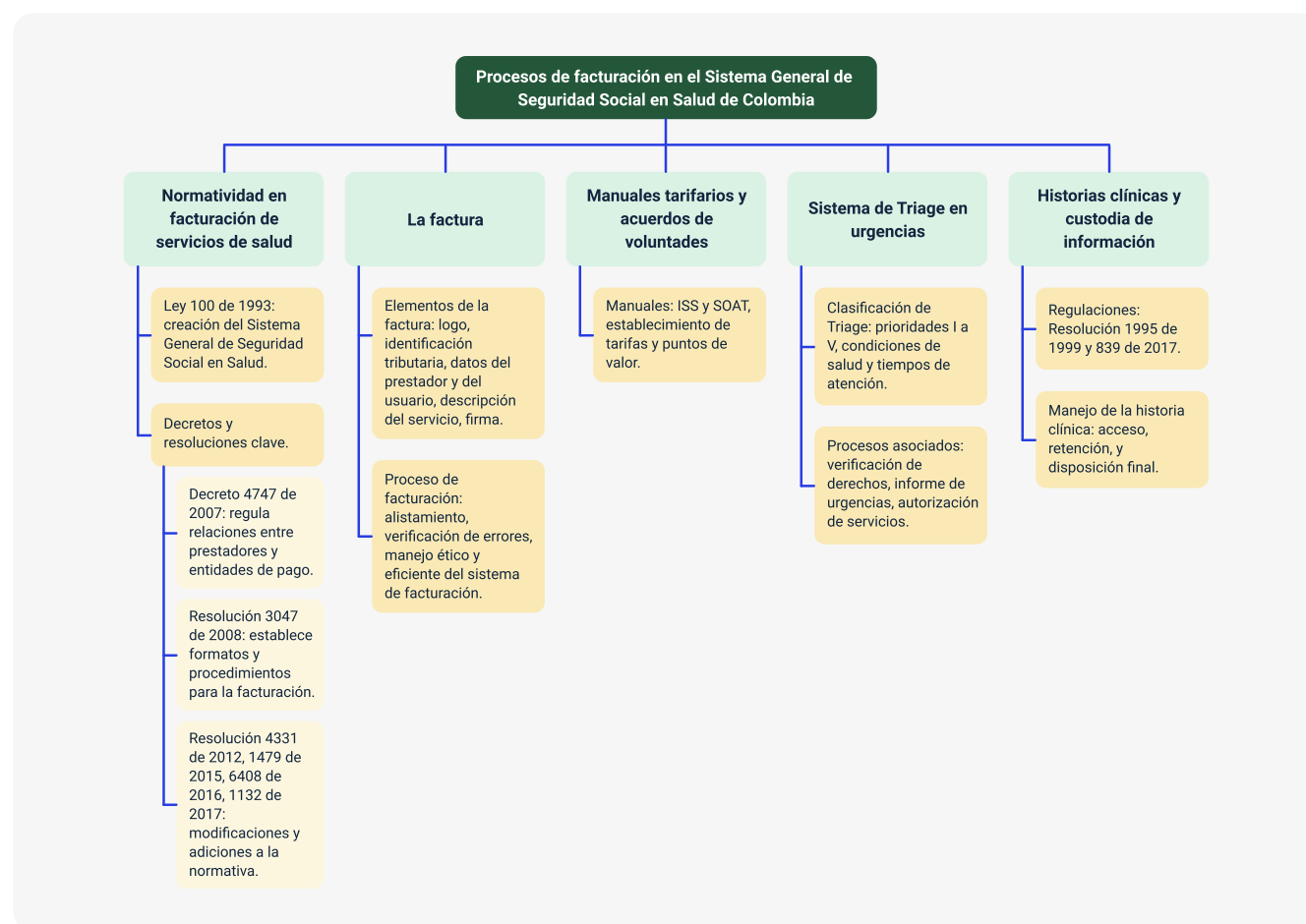
El referente de las historias clínicas de los usuarios se reglamenta con la Resolución 1995 de 1999 (julio 8) por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica y la Resolución 839 de 2017 que tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS, para el manejo de estas en caso de liquidación.

Los facturadores deben basarse en los datos que los profesionales de la salud hayan registrado acerca del estado de salud del paciente.

La historia clínica, que es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Se entiende por estado de salud los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud de la persona.

Síntesis

A continuación, se presenta una síntesis de la temática estudiada en el componente formativo.



Material complementario

Tema	Referencia	Tipo de material	Enlace del recurso
Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "Triage"	Emermédica Oficial (2022). Qué es el triage. YouTube.	Video	https://www.youtube.com/watch?v=93U719WgxyM&ab_channel=Emerm%C3%A9dicaOficial
Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud (RIPS)	Ecosistema de Recursos Educativos Digitales SENA. (2023). Redes integrales de prestadores de servicios de salud. YouTube.	Video	https://www.youtube.com/watch?v=ceMzqmSXdOU&ab_channel=EcosistemaderecursosEducativosDigitalesSENA
Historias clínicas y custodia de la información	Noticias Caracol (2018). ¡Es un documento privado! Solo en estos casos puede pedir copia de su historia clínica. YouTube.	Video	https://www.youtube.com/watch?v=uYCnnttSp9Ew&ab_channel=NoticiasCaracol

Glosario

Decreto 4747 de 2007: regula aspectos de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud.

EPS (Entidades Promotoras de Salud): entidades encargadas de administrar los planes de salud y asegurar la prestación de los servicios médicos a sus afiliados bajo el sistema de salud colombiano.

Flujo de caja: gestión del efectivo que entra y sale en una entidad, en este contexto, relacionado con el pago y cobro por servicios de salud.

Humanización del servicio: enfoque en la prestación de servicios de salud que prioriza el cuidado, la ética y la calidad en el trato a los pacientes, asegurando un servicio digno y respetuoso.

IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud): organizaciones encargadas de prestar servicios médicos y de salud a los afiliados del sistema de salud.

Ley 100 de 1993: ley que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, entre otros sistemas complementarios.

Resolución 3047 de 2008: establece formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago.

Referencias bibliográficas

Colombia. (1993). Ley 100 de 23 de diciembre de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148.

Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto 4747 de 7 de diciembre de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones Diario Oficial No. 46.827.

Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 3047 de 29 de agosto de 2008 por la cual se definen, para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud para la solicitud, autorización, realización y cobro de los servicios de salud. Diario Oficial No. 47.091.

Ministerio de la Protección Social. (2012). Resolución 4331 de 2012 por la cual se adicionan y modifican parcialmente la Resolución 3047 de 2008.

Ministerio de la Protección Social. (2015). Resolución 1479 de 2015 por la cual se señala el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, para afiliados al Régimen Subsidiado.

Ministerio de la Protección Social. (2016). Resolución 6408 de 2016 por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC e incluye anexos técnicos.

Ministerio de la Protección Social. (2017). Resolución 1132 de 2017 por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, adopta la CUPS y dicta otras disposiciones relacionadas con la Resolución 6408 de 2016.

Ministerio de la Protección Social. (2015). Resolución 5592 de 2015 que actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Ministerio de la Protección Social. (2000). Resolución 3374 de 2000 que reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Ministerio de la Protección Social. (2016). Resolución 6411 de 2016 que fija el valor de la UPC para la cobertura del plan de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2017.

Ministerio de la Protección Social. (2017). Resolución 1687 de 2017 que sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y dicta otras disposiciones.

Créditos

Nombre	Cargo	Centro de Formación y Regional
Milady Tatiana Villamil Castellanos	Responsable del Ecosistema	Dirección General
Olga Constanza Bermúdez Jaimes	Responsable de Línea de Producción	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Claudia Patricia Velásquez Orozco	Experta Temática	Centro de Formación en Talento Humano en Salud - Regional Distrito Capital
Paola Alexandra Moya	Evaluadora Instruccional	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Juan Daniel Polanco Muñoz	Diseñador de Contenidos Digitales	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Jhon Jairo Urueta Álvarez	Desarrollador Fullstack	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Edgar Mauricio Cortés García	Actividad Didáctica	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Jaime Hernán Tejada Llano	Validador de Recursos Educativos Digitales	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Margarita Marcela Medrano Gómez	Evaluador para Contenidos Inclusivos y Accesibles	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia
Daniel Ricardo Mutis Gómez	Evaluador para Contenidos Inclusivos y Accesibles	Centro de Servicios de Salud - Regional Antioquia