**FORMATO PARA EL DESARROLLO DE COMPONENTE FORMATIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| PROGRAMA DE FORMACIÓN | FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COMPETENCIA | 210601027- Registrar información de acuerdo con normativa y procedimiento técnico. | RESULTADOS DE APRENDIZAJE | 210601027-01. Reconocer soportes requeridos para procesos de facturación de la prestación de servicios de salud según tipo de usuario y normatividad vigente.  210601027-02. Clasificar la información procesos de facturación de la prestación de servicios de salud según tipo de contratación y norma vigente. |

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO DEL COMPONENTE FORMATIVO | 01 |
| NOMBRE DEL COMPONENTE FORMATIVO | 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. |
| PALABRAS CLAVE | Normativa colombiana, Ley 100 de 1993, facturación de servicios de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, flujo de caja, cobro, pago  humanización del servicio |

|  |  |
| --- | --- |
| ÁREA OCUPACIONAL | Deje una sola área de la siguiente lista acorde a los temas del componente:  1 - FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN  2 - CIENCIAS NATURALES, APLICADAS Y RELACIONADAS  3 - SALUD  4 - CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN, SERVICIOS GUBERNAMENTALES Y RELIGIÓN  5 - ARTE, CULTURA, ESPARCIMIENTO Y DEPORTES  6 - VENTAS Y SERVICIOS  7 - EXPLOTACIÓN PRIMARIA Y EXTRACTIVA  8 - OPERACIÓN DE EQUIPOS, DEL TRANSPORTE Y OFICIOS  9 - PROCESAMIENTO, FABRICACIÓN Y ENSAMBLE |
| IDIOMA | Español |

1. **TABLA DE CONTENIDOS:** 
   * + 1. Normatividad
       2. La factura
       3. Tipos de usuarios y planes de beneficios
       4. Acuerdo de voluntades y normatividad
       5. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias “Triage”
       6. Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud (RIPS)
       7. Historias clínicas y custodia de la información
2. **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).

|  |  |
| --- | --- |
| Ley de regulación de inmigración vector ilustración isométrica plana | 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. **DESARROLLO DE CONTENIDOS:** 
   * + 1. **Normatividad**

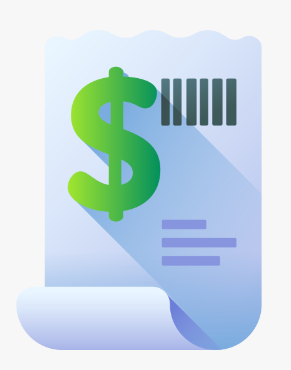
Existe una normativa que explica cómo **facturar los servicios de salud de manera eficaz y eficiente,** asegurando que se cumplan los términos establecidos para la recuperación del dinero de forma equitativa. Esto permite optimizar el flujo de caja de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (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:

|  |
| --- |
| Tarjetas  CF01\_1\_Normatividad |

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).

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.

|  |  |
| --- | --- |
| Qué es Fosyga y para qué sirve - El Diario | 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 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). |

* + - 1. **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.

|  |  |
| --- | --- |
| gráfico vectorial de ilustración de dos personas que sostienen una inyección y suero que muestra un escudo de signo más | 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.
  + - 1. **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). |
| 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 dependan 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:

|  |
| --- |
| Acordeón  CF01\_3\_Tipos de usuarios y planes de beneficios |

**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.

* + - 1. **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:

|  |
| --- |
| SLIDE  CF01\_4\_Acuerdo de voluntades y normatividad (1) |

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:

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.

|  |
| --- |
| SLIDE  CF01\_4\_Acuerdo de voluntades y normatividad |

**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.



**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 3.** 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.

|  |  |
| --- | --- |
| ADRES (@AdresCol) / X | 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.

|  |
| --- |
| Acordeón  CF01\_5\_Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias |

Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no esté vinculada a la IPS remisora, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Icono de señal de advertencia de triángulo amarillo | **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:

|  |
| --- |
| Tarjetas  CF01\_6\_Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud (1) |

La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

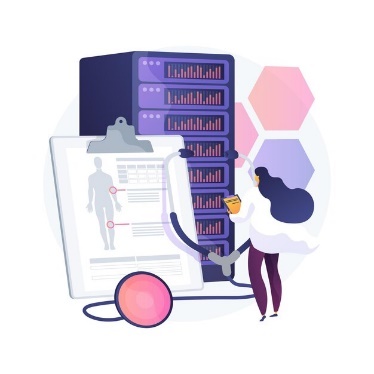


* Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.
* Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones 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:

|  |
| --- |
| Infografía  CF01\_6\_Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud (2) |

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.

**7. Historias clínicas y custodia de la información**

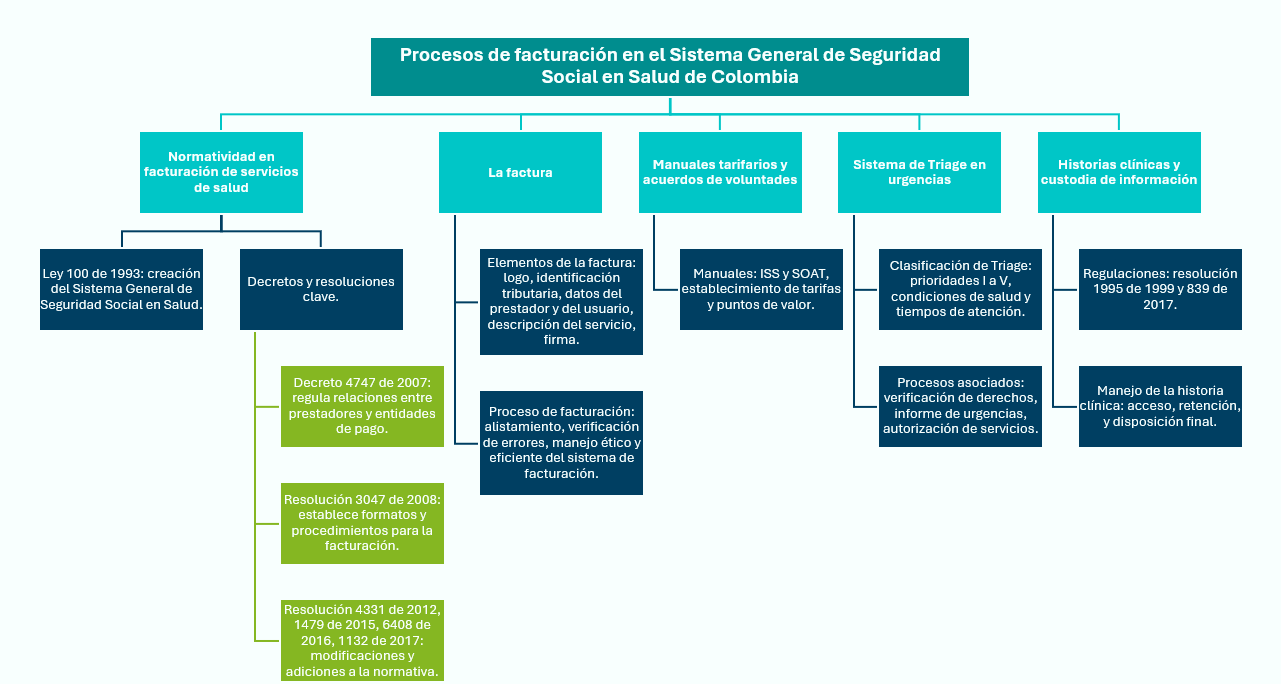
El referente de las historias clínicas de los usuarios se reglamenta con la Resolución 1995 de 1999 (julio 8) por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica y la Resolución 839 de 2017 que tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición 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.

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.



1. **SÍNTESIS**

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



1. **ACTIVIDADES DIDÁCTICAS (Se debe incorporar mínimo 1, máximo 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD DIDÁCTICA | |
| Nombre de la Actividad | Salud en Colombia |
| Objetivo de la actividad | Identificar términos clave del módulo de sistemas de salud con sus definiciones correctas para afianzar conocimientos. |
| Tipo de actividad sugerida | Relacionar conceptos |
| Archivo de la actividad  (Anexo donde se describe la actividad propuesta) | *CF01\_ACTIVIDAD DIDACTICA* |

1. **MATERIAL COMPLEMENTARIO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tema | Referencia APA del Material | Tipo de material  (Video, capítulo de libro, artículo, otro) | Enlace del Recurso o  Archivo del documento o material |
| 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=uYCnttSp9Ew&ab_channel=NoticiasCaracol> |

1. **GLOSARIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| TÉRMINO | SIGNIFICADO |
| Ley 100 de 1993: | ley que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, entre otros sistemas complementarios. |
| IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud): | organizaciones encargadas de prestar servicios médicos y de salud a los afiliados del sistema 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. |
| 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. |
| 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. |
| 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. |

1. **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.

1. **CONTROL DEL DOCUMENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Cargo | Dependencia  *(Para el SENA indicar Regional y Centro de Formación)* | Fecha |
| Autor (es) | Claudia Patricia Velásquez Orozco | Experta temática | Centro de Formación en Talento Humano en Salud - Regional Distrito Capital | 2017 |
| Paola Alexandra Moya | Evaluadora instruccional | Centro de Servicios de Salud -Regional Antioquia | Abril 2024 |
|  | Olga Constanza Bermúdez Jaimes | Responsable Línea de Producción Antioquia | Centro de Servicios de Salud -Regional Antioquia | Abril 2024 |

1. **CONTROL DE CAMBIOS**

**(Diligenciar únicamente si realiza ajustes a la Unidad Temática)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Cargo | Dependencia | Fecha | Razón del Cambio |
| Autor (es) |  |  |  |  |  |