

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 0002284 DE 2023****28 DIC 2023**

Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículos 2.5.3.4.4.1 y 2.5.3.4.4.6 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que, el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, establece que las Entidades Promotoras de Salud - EPS deben pagar los servicios de salud a los prestadores de servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capacitación, y si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, como mínimo del 50% del valor de la factura de venta en salud, dentro de los cinco (5) días posteriores a la presentación de la misma, haciéndose necesario considerar que algunas facturas de venta relativas a modalidades distintas a la capta, pudieran ser devueltas, lo cual debe hacerse dentro del término establecido por la ley para el pago del primer 50%, resultando necesario establecer dentro de ese trámite de reconocimiento y pago, las causales y procedimiento que deben atender las devoluciones.

Que, en el mismo sentido, el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, establece que las EPS pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud, dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes establecidos en la citada Ley 1122 de 2007, reiterando el reconocimiento de intereses moratorios frente al no pago dentro de los plazos previstos, prohibiendo la auditoria previa a la presentación de las facturas, entre otras obligaciones

Que, conforme con el procedimiento que debe adelantarse en el trámite establecido en el artículo 57 de la citada Ley 1438 de 2011, se debe determinar la codificación y alcance de las glosas que son formuladas y comunicadas por las entidades responsables de pago a los prestadores de servicios de salud, así como la codificación de las respuestas a las devoluciones, que deban sujetarse al trámite dispuesto por el legislador.

Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá, entre otras obligaciones, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizarlo en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de los agentes del Sistema, y garantizando el flujo de los recursos, para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Que mediante la Ley 1966 de 2019 se adoptaron medidas para mejorar la transparencia, vigilancia, control y aplicación del uso de los recursos financieros del Sistema General

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

de Seguridad Social en Salud, así como mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector, que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud.

Que adicionalmente, el artículo 15 *ibidem*, estableció que este Ministerio debe definir los lineamientos y soportes que deben acompañar las facturas de venta en Salud, dentro de los cuales se incluyó el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, como soporte obligatorio de la misma.

Que, corresponde a este Ministerio conforme con lo dispuesto por los artículos 2.5.3.4.4.1 y 2.5.3.4.4.6 del Decreto 780 de 2016 determinar los soportes de cobro de las facturas de venta en salud, así como establecer la denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de tales facturas, las que deben hacer parte del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, reglamentación que al actualizarse conducirá a la consistencia del proceso de auditoría de cuentas entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, actores destinatarios de dichas disposiciones y, en esa misma línea, el artículo 2.5.3.4.3.3 *eiusdem* estableció que la auditoría de cuentas médicas debe realizarse a partir de los soportes de la factura de venta en salud y con sujeción a los estándares establecidos en el referido Manual.

Que, en ese sentido, mediante el uso de los códigos que se definen en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, las entidades podrán evaluar sus procesos de pago, facturación y auditoría de cuentas médicas, con el fin de hacer los ajustes y fortalecimientos necesarios, de manera que conduzcan a generar un flujo más eficiente de los recursos.

Que, para efectos de operativizar el proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores, conforme con lo dispuesto en el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022, modificada por la Resolución 2805 de 2022, se hace necesario incluir como causal taxativa de devolución, la no radicación de los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura.

Que en el numeral 1 del artículo 2.5.3.4.1.3 del Decreto 780 de 2016 se definieron las entidades responsables de pago, dentro de las que se encuentran las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas, resultando procedente establecer los soportes que, en los acuerdos de voluntades, independiente de la modalidad de pago pactada, deben presentarse junto con las facturas de venta en salud cuando se contemple la ejecución de dichas acciones.

Que, dado lo establecido en los artículos 2.5.3.4.5.4 y 2.5.3.4.5.5 del referido Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, disposiciones aplicables a las modalidades de pago prospectivas, en los que se determinan los eventos que dan lugar a devoluciones, descuentos o reintegros, se hace necesario establecer el mecanismo operativo que permita dar cuenta de la trazabilidad del procedimiento realizado.

Que se requiere unificar y definir el contenido de los soportes de cobro, tales como: el resumen de atención, la epicrisis, la descripción quirúrgica, el registro de anestesia, el soporte del traslado o transporte y la hoja de administración de medicamentos, entre otros, con el propósito de facilitar el proceso de cobro por parte de los prestadores de

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

servicios de salud y el de auditoría a cargo de la entidad responsable de pago, con el fin de avanzar en la mejora del flujo de los recursos en el sector.

Que, con el fin de simplificar el proceso de auditoría médica, se hace necesario reducir el número de soportes asociados a fuentes de información que serán dispuestas entre las partes, como sucede con el detalle de cargos y el recibo de pago compartido, los cuales fueron incluidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios- RIPS, a partir de la Resolución 1036 de 2022, así como otros soportes como la historia clínica, que dado su carácter de documento privado en custodia del prestador, solo podrá ser consultada en los casos establecidos en el artículo 2.5.3.4.3.4 del Decreto 780 de 2016.

Que, la Resolución 2808 de 2022, acto administrativo que define los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en su artículo 108 incluye el servicio de transporte no asistencial ambulatorio de la persona, siendo necesario para efectos del cobro en el sector salud, fijar el soporte que dará cuenta de su realización.

Que, respecto de la facturación electrónica de venta, teniendo en cuenta la política de cero papel en las instituciones públicas y privadas y en concordancia con las disposiciones de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, así como lo regulado por este Ministerio, mediante el anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022 que establece que la generación y validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS, debe transmitirse en formato JSON (*JavaScript Object Notation*) y con el fin de facilitar el proceso de auditoría en el sector salud, se hace necesario estandarizar el envío y recepción de forma digital o electrónica de los soportes de cobro de la prestación de servicios y la provisión de tecnologías en salud, así como el registro de las transacciones mediante el uso de los medios tecnológicos, tal como lo dispuso en los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 del Decreto 780 de 2016 relativo a los canales de relacionamiento y a los mecanismos de entrega y actualización de información.

Que, el actual Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas contiene causas obsoletas o descontextualizadas, al tenor de las regulaciones que posterior a su expedición han sido expedidas para el sector salud, entre otras, las relativas al informe del presunto accidente de trabajo - IPAT, las asignadas a la historia clínica como soporte de cobro, detalle de cargos o datos insuficientes del usuario, información que teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 1036 de 2022 debe ser consignada en el RIPS, resultando necesario la actualización del referido Manual, de manera que resulte conforme con la normatividad vigente.

Que, en armonía con los artículos 2.5.3.4.3.1 y subsiguientes de la Sección 3 del Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se hace necesario establecer en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, el detalle del seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades, entre estos, los indicadores de seguimiento, calidad, gestión y resultados, y las relacionadas con los ajustes a la nota técnica.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los soportes de cobro y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, que deberán ser adoptados por las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

salud y los proveedores de tecnologías en salud, para la auditoría, reconocimiento y pago de la prestación de servicios en salud o la provisión de tecnologías en salud.

Artículo 2. Campo de aplicación. La presente resolución aplica a:

2.1. Las entidades responsables de pago, a saber:

- 2.1.1. Las entidades promotoras de salud;
- 2.1.2. Las entidades adaptadas;
- 2.1.3. Las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud
- 2.1.4. Las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas;
- 2.1.5. Las entidades que administran u operan los regímenes Especial y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, cuando celebren acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud o con proveedores de tecnologías en salud a quienes les sea aplicable.

2.2. Los prestadores de servicios de salud

- 2.2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud;
- 2.2.2. Los profesionales independientes de salud;
- 2.2.3. El transporte especial de pacientes.

2.3. Proveedores de tecnologías en salud

- 2.3.1. Operadores logísticos de tecnologías en salud
- 2.3.2. Gestores farmacéuticos
- 2.3.3. Organizaciones no gubernamentales, universidades, personas jurídicas y personas naturales que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud en el marco de lo dispuesto en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Artículo 3. Soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías en salud. La factura de venta en salud deberá estar acompañada de los soportes que respaldan la prestación de servicios y la provisión de las tecnologías en salud, estos que deberán incluir el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, que es de carácter obligatorio y como máximo, los detallados en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables de pago no podrán exigir soportes adicionales para el trámite y pago de las facturas de venta en salud. No obstante, podrán pactar menos soportes de los establecidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, a excepción del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

Los soportes deberán ser enviados de forma digital o electrónica de acuerdo con lo definido en el Anexo Técnico No. 2 "ENVIO Y RECEPCIÓN DE LOS SOPORTES DE COBRO" que hace parte integral de la presente resolución, y mediante los canales de relacionamiento y mecanismos de entrega y actualización de la información, principales y de contingencia, acordados por las partes.

Parágrafo. Las entidades responsables de pago no podrán exigir el envío de los soportes definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, ni el diligenciamiento y presentación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS a los proveedores de tecnologías en salud que no realizan la entregá de

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

la tecnología directamente a la persona, para el trámite y pago de la factura de venta en salud.

Artículo 4. Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas. Adóptese el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas contenido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento por las partes suscriptoras de los acuerdos de voluntades, y para los proveedores de tecnologías en salud cuando así se haya pactado, tal como lo prevé el artículo 2.5.3.4.4.5 del Decreto 780 de 2016.

Las causas de devoluciones y glosas establecidas en el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución son taxativas, por lo que no se podrán crear, eliminar o modificar las allí dispuestas. De señalarse glosas diferentes o infundadas, la entidad responsable de pago estará obligada a pagar intereses moratorios al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, en los términos del artículo 2.5.3.4.5.7 del Decreto 780 de 2016 y, adicionalmente, a los reconocimientos económicos que se hubieren pactado en el marco del acuerdo de voluntades, conforme con lo señalado en el artículo 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2016.

Parágrafo. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deberán identificar las causas específicas de glosas conforme con lo establecido en el Manual Único adoptado mediante la presente resolución, sin que les sea permitido aplicar o aceptar porcentajes globales de glosa.

Artículo 5. Auditoría de cuentas médicas. De conformidad con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.3.3 del Decreto 780 de 2016, las entidades responsables de pago no podrán exigir que, para radicar las facturas de venta en salud se haya surtido un proceso de auditoría previo o paso por mallas validadoras propias, ni el envío previo de la factura, actuaciones que se consideran prácticas dilatorias no autorizadas.

Corresponde a las entidades responsables de pago adelantar la auditoría de las cuentas médicas. De contratar dicho proceso con un tercero, éste deberá sujetarse a lo establecido en la presente resolución, sin que haya lugar a exigir condiciones o requisitos adicionales.

Artículo 6. Procedimiento para devoluciones. La entidad responsable de pago deberá determinar la aplicación de alguna de las causales establecidas en la tabla de devoluciones del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas contenido en el Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución y comunicar al prestador o proveedor la devolución de la factura, usando la codificación establecida, de conformidad con el siguiente procedimiento:

- 6.1. La entidad responsable de pago a partir de la radicación y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes podrá formular y comunicar por una única vez a los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, la devolución de la factura de venta en salud. Una vez vencido dicho término, no será posible aplicar devoluciones a esa factura.
- 6.2. Comunicada la devolución y de considerarse por parte del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud que esta es injustificada, deberá dar respuesta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la misma.
De guardar silencio dentro de ese término, se entenderá que el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud acepta tácitamente el motivo de devolución, debiendo expedir la respectiva nota crédito.

je

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 6.3.** La entidad responsable de pago contará con cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta dada por el prestador o el proveedor, para aceptarla o notificar la reiteración de la devolución. De no notificarse se entenderá que la devolución era injustificada.

Parágrafo. Los términos establecidos en el numeral 6.1 del presente artículo inician de forma simultánea al plazo establecido en el inciso primero del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 para la formulación y trámite de glosas.

Artículo 7. Aplicación del detalle de pagos. Cuando el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud no informe 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 2016, según corresponda, se entenderá que el pago será aplicado a la factura de venta en salud más antigua que haya sido aceptada expresa o tácitamente, que se encuentre pendiente de pago y sobre la cual no haya operado la prescripción.

Artículo 8. Detalle de pagos objeto de giro directo. El detalle de la relación de facturas sobre las cuales la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES realizó el giro directo a los prestadores 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 2016, sin que este pueda ser objeto de modificación posterior, salvo que se trate de facturas que cuenten con glosa aceptada expresa o tácitamente y sobre las cuales se hubiere realizado un pago previo a la aceptación de la glosa.

Artículo 9. Reintegro, devoluciones y descuentos de recursos. En el marco del seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades que incluyan modalidades de pago prospectivas, cuando la entidad responsable de pago identifique la ocurrencia de alguna de las causales establecidas en los artículos 2.5.3.4.5.4 y 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016, deberá notificar dicha situación al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, para que este se pronuncie sobre su procedencia.

De ser procedente el reintegro, devolución o descuento, el prestador o proveedor expedirá la respectiva nota crédito que permita a la entidad responsable de pago realizar su descuento de las facturas aceptadas pendientes de pago, o de no existir estas, el cobro de dichos recursos de forma directa.

En todo caso, la entidad responsable de pago deberá garantizar que se brinden esos servicios o tecnologías en salud a través de otro prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud de la red integral e integrada.

Artículo 10. Registro de información transaccional. La información transaccional correspondiente al envío y recepción de los soportes de cobro, así como la comunicación de devoluciones, glosas y respuestas, se debe realizar de forma automatizada, en línea y en el formato de datos que permita capturar la información, a través de los canales de relacionamiento y mecanismos de entrega y actualización de información pactados. Esta información deberá estar registrada conforme con los lineamientos adoptados en el numeral 2 del Anexo Técnico No. 3 de la presente resolución.

Artículo 11. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales y las demás entidades que en el marco de sus competencias realizan inspección, vigilancia y control velarán por el cumplimiento de lo establecido en la presente resolución.

28 DIC 2023

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002284 DE 2023

HOJA No. 7

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

Artículo 12. Transitoriedad. Las entidades responsables de pago, los prestadores y los proveedores deberán implementar las disposiciones de la presente resolución a partir de los servicios prestados y facturados desde el 1 de abril de 2024. Para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud prestados y facturados con anterioridad a esa fecha, se aplicará lo dispuesto en la Resolución 3047 de 2008 modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 3253 de 2009 y 1231 de 2012.

Artículo 13. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los


RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Ministro de Salud y Protección Social (E)

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO NO. 1 SOPORTES DE COBRO

I. DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y CONTENIDO:

A continuación, se enlistan los soportes de cobro que los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud radicarán a las entidades responsables de pago:

1. **Factura de venta en salud:** La factura de venta en salud, es el primer soporte de cobro de la cuenta médica de la prestación de servicios o de la provisión de tecnologías en salud, 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 modificada por la 2805 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que las modifiquen o sustituyan.
 2. **Registro de la atención de salud:** Se soporta mediante el resumen de atención o la epicrisis según se haya prestado el servicio de salud en atención ambulatoria o, en el servicio de urgencias con observación, internación o procedimientos quirúrgicos.
- 2.1. Resumen de atención:** Descripción específica de la atención ambulatoria o la hoja de evolución de la historia clínica, el cual deberá contener:
- 2.1.1. Nombres y apellidos de la persona
 - 2.1.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
 - 2.1.3. Edad y sexo biológico de la persona
 - 2.1.4. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
 - 2.1.5. Hora y fecha de ingreso
 - 2.1.6. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
 - 2.1.7. Anamnesis que incluya enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes.
 - 2.1.8. Examen físico
 - 2.1.9. Interpretación de apoyos diagnósticos si aplica
 - 2.1.10. Análisis
 - 2.1.11. Diagnóstico
 - 2.1.12. 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
 - 2.1.13. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional facultado que diligencia 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.
- 2.2.1. Nombres y apellidos de la persona
 - 2.2.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
 - 2.2.3. Edad y sexo biológico de la persona
 - 2.2.4. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
 - 2.2.5. Hora y fecha de ingreso
 - 2.2.6. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
 - 2.2.7. Hora y fecha de egreso
 - 2.2.8. Motivo de consulta (Referido por la persona)
 - 2.2.9. 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)
 - 2.2.10. Antecedentes médicos, quirúrgicos, tóxicos alérgicos y los demás pertinentes de acuerdo a la atención recibida
 - 2.2.11. Revisión por sistemas relacionada con la enfermedad actual
 - 2.2.12. Hallazgos del examen físico, incluye signos vitales (Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno)
 - 2.2.13. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas).

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 2.2.14. Conducta, incluye la solicitud de apoyo diagnóstico (CUPS) y el plan de manejo terapéutico (CUM o IUM)
- 2.2.15. 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
- 2.2.16. 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
- 2.2.17. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten
- 2.2.18. Diagnósticos de egreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas)
- 2.2.19. Condiciones generales a la salida de la persona (estado: vivo o muerto) y si hubiere incapacidad médica temporal incluir el número de días.
- 2.2.20. Plan de manejo ambulatorio incluye el manejo terapéutico, apoyo diagnóstico y consultas médicas generales o especializadas
- 2.2.21. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional tratante que diligencia el documento.

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 solicitados deberá estar consignado en la historia clínica y ser 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 por razones técnicas supere el término de los veintidós (22) días hábiles de que trata el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022, modificada por la Resolución 2805 de 2022 o aquella que la modifique o sustituya, el soporte exigible será la evidencia de la ejecución del procedimiento de apoyo diagnóstico y el trámite para la interpretación o lectura, con el fin 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 recopila los detalles del o de los procedimientos.

Puede estar incluida en la epicrisis, de ser así, no será necesario enviarla la descripción quirúrgica como soporte adicional.

Contenido de la descripción quirúrgica:

- 4.1. Nombres y apellidos de la persona
- 4.2. Tipo de documento de identificación de la persona
- 4.3. Número de documento de identificación de la persona
- 4.4. Fecha de nacimiento
- 4.5. Hora de nacimiento (cuando la persona sea un neonato)
- 4.6. Sexo biológico de la persona
- 4.7. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos quirúrgicos realizados (CUPS vigente)
- 4.8. Dispositivos médicos empleados, incluye material de osteosíntesis.
- 4.9. Código y descripción de medicamentos relacionados con el procedimiento quirúrgico, no anestésicos (CUM o IUM vigente)
- 4.10. Fecha y hora de inicio
- 4.11. Fecha y hora de terminación
- 4.12. Complicaciones y su manejo
- 4.13. Hallazgos quirúrgicos
- 4.14. Registro de muestras para patología: incluir la cantidad de especímenes para estudio
- 4.15. Diagnóstico prequirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades
- 4.16. Diagnóstico post quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades
- 4.17. Nota aclaratoria del cirujano, si aplica.
- 4.18. Estado a la salida (vivo / muerto)
- 4.19. 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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

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 numeral 1.8 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.

Contenido del registro de anestesia:

- 5.1. Nombres y apellidos de la persona
- 5.2. Tipo de documento de identificación de la persona
- 5.3. Número de documento de identificación de la persona
- 5.4. Edad de la persona
- 5.5. Sexo biológico de la persona
- 5.6. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos realizados (CUPS)
- 5.7. Tipo de anestesia (local, regional o general)
- 5.8. Fecha y hora de inicio
- 5.9. Fecha y hora de terminación
- 5.10. Complicaciones y su manejo
- 5.11. Registro de medicamentos con sus especificaciones (CUMS o IUMS), incluye la aplicación de medicina transfusional (CUPS)
- 5.12. Estado a la salida (vivo / muerto)
- 5.13. 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 o provisión de la tecnología en salud por parte de la persona, su representante o cuidador, según aplique:

- 6.1. 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 otros instrumentos que puedan ser diseñados para tal efecto, que incluyan la firma y datos de identificación o, lo que las partes convengan en el acuerdo de voluntades.
- 6.2. 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, así como en la internación será la epicrisis.
- 6.3. En los procedimientos quirúrgicos, la descripción quirúrgica o la epicrisis cuando esta incluya la descripción quirúrgica.
- 6.4. En la atención ambulatoria será el registro específico de dicha atención.
- 6.5. 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. Soporte de traslado o transporte:

- 7.1 **Hoja de traslado asistencial de pacientes:** El servicio de traslado asistencial de pacientes deberá estar soportado con la hoja de traslado, la cual contiene el resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado de la persona, en los términos del artículo 107 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya.

Contenido de la hoja de traslado asistencial de personas:

7.1.1. Hoja de traslado primario asistencial de personas:

- 7.1.1.1. Nombres y apellidos de la persona
- 7.1.1.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 7.1.1.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 7.1.1.4. Hora del despacho
- 7.1.1.5. Hora de llegada al lugar de la escena
- 7.1.1.6. Triage del paciente en escena

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 7.1.1.7. Hora de salida del lugar de la escena
- 7.1.1.8. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS
- 7.1.1.9. Medicamentos en CUMS o IUMS y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- 7.1.1.10. Código de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)
- 7.1.1.11. Lugar de origen (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- 7.1.1.12. Hora de llegada de la ambulancia al servicio.
- 7.1.1.13. Código REPS de la Institución receptora
- 7.1.1.14. Hora de recepción del paciente por la institución
- 7.1.1.15. Estado del paciente al ingreso (vivo o muerto)
- 7.1.1.16. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del acompañante y relación con la persona, cuando aplique
- 7.1.1.17. 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.
- 7.1.1.18. 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.

7.1.2. Hoja de traslado secundario asistencial de personas:

- 7.1.2.1. Nombres y apellidos de la persona
- 7.1.2.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 7.1.2.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 7.1.2.4. Grupo de servicio al cual es trasladada la persona (Anexo Técnico de la Resolución 3100 de 2019)
- 7.1.2.5. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS
- 7.1.2.6. Medicamentos en CUMS o IUMS y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- 7.1.2.7. Código de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)
- 7.1.2.8. Fecha y hora de inicio del recorrido
- 7.1.2.9. Lugar de origen (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- 7.1.2.10. Fecha y hora de finalización del recorrido
- 7.1.2.11. Lugar de destino (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- 7.1.2.12. Estado al finalizar el traslado (vivo / muerto)
- 7.1.2.13. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera. Se entiende por traslado redondo aquel en el cual la persona es llevada a otro prestador para la realización de un procedimiento y la ambulancia espera y retorna la persona al prestador de origen.
- 7.1.2.14. Distancia del recorrido según corresponda:
- 7.1.2.15. Kilómetros o millas iniciales
- 7.1.2.16. Kilómetros o millas finales
- 7.1.2.17. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del acompañante y relación con la persona, cuando aplique
- 7.1.2.18. 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
- 7.1.2.19. 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 un prestador de servicios de salud durante el recorrido por complicaciones o deterioro del estado clínico en el traslado, se deberá justificar la causa e informar el nombre del prestador, kilómetros de desviación y tiempo utilizado para la atención de la persona.

- 7.2. Soporte del transporte no asistencial ambulatorio de la persona:** El servicio de transporte no asistencial ambulatorio de la persona, definido en el artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya, 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 modificada por la Resolución 2806 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.

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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 8.1. **Copia de la 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 del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, según lo establecido en el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, los prestadores de servicios de salud deben presentar la copia de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud que fueron prestados, siguiendo el orden cronológico, a la aseguradora que expidió la póliza la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o la entidad que haga sus veces, a la entidad promotora de salud o entidad adaptada, y a la Administradora de Riesgos Laborales, cuando aplique, sin que estas puedan objetar los valores facturados al primer pagador

En todo caso, es responsabilidad del prestador de servicios de salud cerciorarse que lo facturado a la aseguradora que expidió el SOAT, a 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:** De realizarse procedimientos quirúrgicos que incluyan material de osteosíntesis por accidentes de tránsito amparados con la póliza SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, será obligatorio adjuntar la factura del material expedida por el proveedor del prestador. No aplica cuando se haya pactado lo correspondiente en el acuerdo de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud.

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. De pactarse en los acuerdos de voluntades que no se requiere autorización, el soporte de la factura de venta en salud es la copia de la orden o prescripción facultativa. De expedirse la autorización, no se requerirá el envío de la orden o prescripción facultativa como soporte.

Los servicios y tecnologías en salud de intervenciones que hacen parte de las RIAS y cuya orden depende únicamente de variables demográficas tales como sexo y edad, no requieren la prescripción facultativa.

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 cuando estas no se encuentran incluidas en el listado de precios que hace parte del 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 en salud incluidos en el listado de precios se expresarán con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por este Ministerio 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 en salud en el servicio de urgencias, para aquellos casos en los cuales la persona no requirió observación, ni internación. Incluye la interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente o la descripción y resultado cuando se hayan realizado procedimientos no quirúrgicos o procedimientos de pequeña cirugía 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, odontograma y periodontograma, cuando aplique, la evolución del tratamiento odontológico realizado y la interpretación de las ayudas diagnósticas. Aplica en la valoración de la salud bucal inicial y en la final, cuando se hubieran ejecutado procedimientos terapéuticos.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

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

Contenido de la hoja de administración de medicamentos:

- 13.1. Nombres y apellidos de la persona
- 13.2. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- 13.3. Edad y sexo biológico de la persona
- 13.4. Nombre del medicamento (principio activo), concentración, forma farmacéutica y, unidad de medida.
- 13.5. Posología, incluye dosis e intervalos de tiempo de su administración
- 13.6. Vía de administración
- 13.7. Fecha y hora de administración
- 13.8. Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identificación del profesional que lo administró

14. **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):** Soporte obligatorio que incluye el detalle de cargos de la factura de venta en salud, la información relacionada con el tipo de pago compartido o copago, cuota moderadora y el valor de los mismos, así como los demás campos reglamentados mediante la Resolución 1036 de 2022 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya, validado mediante el mecanismo único dispuesto por este Ministerio, de acuerdo con lo definido en la Resolución 1557 de 2023.

15. **Evidencia del envío del trámite respectivo:** Corresponde a la evidencia del envío del informe de atención de urgencias, de la solicitud de autorización y, de la solicitud de referencia y/o contrarreferencia, por parte del prestador de servicios de salud a la entidad responsable de pago mediante los canales de relacionamiento y a los mecanismos de entrega y actualización de información pactados y disponibles para el trámite.

II. LISTADO DE SOPORTES DE COBRO SEGÚN MODALIDAD DE PAGO:

1. **Listado máximo estándar de soportes de cobro para todas las modalidades de pago prospectivas:**

- 1.1. Factura de venta en salud
- 1.2. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis, según aplique
- 1.3. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- 1.4. Copia del comprobante de recibido del usuario, si aplica
- 1.5. Interpretación de los apoyos diagnósticos en la hoja de atención de urgencias, si aplica
- 1.6. Copia del resumen de atención o epicrisis, si aplica
- 1.7. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
- 1.8. Copia del registro de anestesia, si aplica
- 1.9. 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 según la periodicidad definida de acuerdo a la normatividad vigente, o en su defecto a la periodicidad pactada previamente entre las partes para cada tipo de reporte, durante los procesos de seguimiento y monitoreo de los acuerdos de voluntades
- 1.10. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

2. **Listado estándar de soportes de cobro según tipo de prestaciones para la modalidad de pago por evento**

- 2.1. **Consultas en la atención ambulatoria, excepto odontología:**
 - 2.1.1. Factura de venta en salud
 - 2.1.2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
 - 2.1.3. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
 - 2.1.4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

2.2. **Consultas y procedimientos odontológicos en la atención ambulatoria:**

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 2.2.1. Factura de venta en salud
- 2.2.2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- 2.2.3. Copia de la hoja de atención odontológica
- 2.2.4. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
- 2.2.5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

- 2.3. **Procedimientos de apoyo diagnóstico en la atención ambulatoria:**
- 2.3.1. Factura de venta en salud
- 2.3.2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- 2.3.3. Copia de los resultados o interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico según aplique.
- 2.3.4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

- 2.4. **Procedimientos de complementación terapéutica en la atención ambulatoria:**
- 2.4.1. Factura de venta en salud
- 2.4.2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- 2.4.3. Copia del registro específico de atención ambulatoria
- 2.4.4. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- 2.4.5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

- 2.5. **Medicamentos (incluye oxígeno y equipo de administración) y APME de uso ambulatorio:**
- 2.5.1. Factura de venta en salud
- 2.5.2. Copia de la orden o prescripción facultativa Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- 2.5.3. Copia del comprobante de recibido del usuario
- 2.5.4. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- 2.5.5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

- 2.6. **Dispositivos médicos (incluye equipo) de uso ambulatorio:**
- 2.6.1. Factura de venta en salud
- 2.6.2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- 2.6.3. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- 2.6.4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS. No aplica en los proveedores de tecnologías en salud que no prestan directamente servicios de salud a la persona.

- 2.7. **Atención de urgencias:**
- 2.7.1. Factura de venta en salud
- 2.7.2. Copia de la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
- 2.7.3. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- 2.7.4. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
- 2.7.5. 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
- 2.7.6. 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
- 2.7.7. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

- 2.8. **Servicios de internación o procedimientos quirúrgicos:**
- 2.8.1. Factura de venta en salud
- 2.8.2. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- 2.8.3. Copia de la epicrisis.
- 2.8.4. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- 2.8.5. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la epicrisis
- 2.8.6. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
- 2.8.7. Copia del registro de anestesia, si aplica

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 2.8.8. 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
- 2.8.9. 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
- 2.8.10. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

2.9. Transporte asistencial o no asistencial de personas:

- 2.9.1. Factura de venta en salud
- 2.9.2. 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 o cuando es el CRUE quien determina el traslado
- 2.9.3. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- 2.9.4. Copia de la hoja de traslado asistencial de pacientes, 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.
- 2.9.5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

3. Intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal y con condiciones crónicas y de alto costo

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

- 3.1. Factura de venta en salud
- 3.2. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS
- 3.3. Los reportes normativos a partir de los cuales se genera información de obligatorio cumplimiento relacionada con esas poblaciones, de acuerdo con la normatividad vigente. Si no existe normatividad al respecto, dichos reportes se harán de acuerdo con la periodicidad pactada previamente entre las partes para cada tipo de reporte, durante los procesos de seguimiento y monitoreo de los acuerdos de voluntades.

4. Intervenciones Colectivas

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

- 4.1. Factura de venta en salud
- 4.2. Los soportes pactados de conformidad con el lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones colectivas dispuesto en la Resolución 518 de 2015, modificada por la Resolución 3280 de 2018 y por la Resolución 295 de 2023 o aquellas que las modifiquen o sustituyan, el cual será un anexo técnico del convenio o contrato del PIC y contendrá como mínimo: el nombre de la estrategia; la intervención; el talento humano que conformará los equipos básicos en salud; la definición de territorio y micro territorio, el costo, la población sujeto, el lugar de ejecución, el entorno, la cantidad de actividades a ejecutar y trimestre que refleje de forma clara costos directos, indirectos, las orientaciones o especificaciones técnicas para la ejecución de las actividades, el indicador (es) de producto y resultado, criterios y soportes requeridos para la auditoría y evaluación técnica, administrativa y financiera incluida la presentación de los RIPS con los CUPS, según la naturaleza del acuerdo de voluntades.
- 4.3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.
- 4.4. Soporte de ejecución de otras actividades que no estén incluidas en el listado de códigos CUPS mencionado en anterior numeral.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

**ANEXO TÉCNICO No. 2
ENVIO Y RECEPCIÓN DE LOS SOPORTES DE COBRO**

Para el envío y la recepción de los soportes de cobro de las prestaciones de servicios y provisión de tecnologías en salud, definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, las partes deben tener en cuenta:

1. Aspectos técnicos:

No.	Nombre del soporte	Abreviatura	Número de Identificación Tributaria	Número factura (Incluye Prefijo)	Nombre del archivo
1.	Factura de venta en salud	El nombre y las características corresponderán a las definidas por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el mecanismo reglamentado en la Resolución 1557 de 2023 o la que modifique o sustituya.			
2.1	Resumen de atención u hoja de evolución	HEV_	Numérico	Alfanumérico	HEV_9999999999_A999999999.pdf
2.2	Epicrisis	EPI_	Numérico	Alfanumérico	EPI_9999999999_A999999999.pdf
3	Resultado de los procedimientos de apoyo diagnóstico	PDX_	Numérico	Alfanumérico	PDX_9999999999_A999999999.pdf
4	Descripción quirúrgica	DQX_	Numérico	Alfanumérico	DQX_9999999999_A999999999.pdf
5	Registro de anestesia	RAN_	Numérico	Alfanumérico	RAN_9999999999_A999999999.pdf
6	Comprobante de recibido del usuario	CRC_	Numérico	Alfanumérico	CRC_9999999999_A999999999.pdf
7.1	Traslado asistencial de pacientes	TAP_	Numérico	Alfanumérico	TAP_9999999999_A999999999.pdf
7.2	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona	TNA_	Numérico	Alfanumérico	TNA_9999999999_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_9999999999_A999999999.pdf
8.2	Factura de venta del material de osteosíntesis expedida por el proveedor	FMO_	Numérico	Alfanumérico	FMO_9999999999_A999999999.pdf
9	Orden o prescripción facultativa	OPF_	Numérico	Alfanumérico	OPF_9999999999_A999999999.pdf
10	Lista de precios	LDP_	Numérico	Alfanumérico	LDP_9999999999_A999999999.pdf
11	Hoja de atención de urgencia	HAU_	Numérico	Alfanumérico	HAU_9999999999_A999999999.pdf
12	Hoja de atención odontológica	HAO_	Numérico	Alfanumérico	HAO_9999999999_A999999999.pdf
13	Hoja de administración de medicamentos	HAM_	Numérico	Alfanumérico	HAM_9999999999_A999999999.pdf

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del soporte	Abreviatura	Número de Identificación Tributaria	Número factura (Incluye Prefijo)	Nombre del archivo
14	Registro individual de Prestación de Servicios RIPS	-	El nombre y las características corresponderán a las definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la validación mediante el mecanismo reglamentado en la Resolución 1557 de 2023 o la que modifique o sustituya.		
15	Evidencia del envío del trámite respectivo	PDE_	Numérico	Alfanumérico	PDE_999999999_A99999999.pdf

- 1.1. 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*.
- 1.2. 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.
- 1.3. Los medios tecnológicos pactados deberán garantizar que se genere el acuse de recibido automático, para tener la evidencia de la fecha y hora de recibida la información. Para la generación automática del acuse de recibido, no podrán establecerse validaciones previas que impidan la generación del mismo.

2. Normas generales de los archivos:

- 2.1. El soporte de cobro número 1 del Anexo Técnico No. 1 es la factura de venta en salud, en cumplimiento de lo normado por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social, debe presentarse a la entidad responsable de pago en formato XML de conformidad con lo establecido en la Resolución 510 de 2022, modificada por la 2805 de 2022 o la que modifique o sustituya.
- 2.2. El soporte de cobro número 14 del Anexo Técnico No. 1 es el RIPS, y debe ser enviado de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1036 de 2022 modificada por la Resolución 2805 de 2022 o la que la modifique o sustituya y validado mediante el mecanismo único de validación definido en la Resolución 1557 de 2023.
- 2.3. Los soportes 2 al 13 del Anexo Técnico No. 1 deben ser digitalizados o generarse en un archivo desde su propio software, de manera independiente y, en formato PDF editable.
- 2.4. Las características técnicas de los soportes de cobro cuando son documentos en archivos PDF, deben ser nombrados con la siguiente estructura:

3. Características de los archivos

A continuación, se detallan las características que deben tenerse en cuenta para los soportes que se describieron en la tabla anterior, a excepción de los numerales 1 y 14.

- 3.1. Características de la digitalización o de la exportación de archivos a medios digitales, cuando aplique:
 - 3.1.1. Escala: los documentos deben estar digitalizados en la escala de grises para texto.
 - 3.1.2. Resolución de la imagen: digitalización con una resolución de 300 dpi en escala básica de blanco y negro.
 - 3.1.3. Tipo archivo: el formato del archivo para digitalización debe ser PDF.
- 3.2. Compresión de archivos PDF: Se deben seleccionar los archivos y comprimirlos generando un archivo, éstos no deben contener subcarpetas dentro del archivo comprimido.
- 3.3. Peso máximo es de 1GB.
- 3.4. En el caso de facturas de venta en salud multiusuarios se enviará cada soporte adicionando al mismo: guion bajo seguido del tipo y número del documento de identificación de la persona.

28 DIC 2023

RESOLUCIÓN NÚMERO : 00002284 DE 2023

HOJA No. 18

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

Ejemplo: EPI_999999999_A99999999_tipo de documento número de documento de identificación de la persona.pdf

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

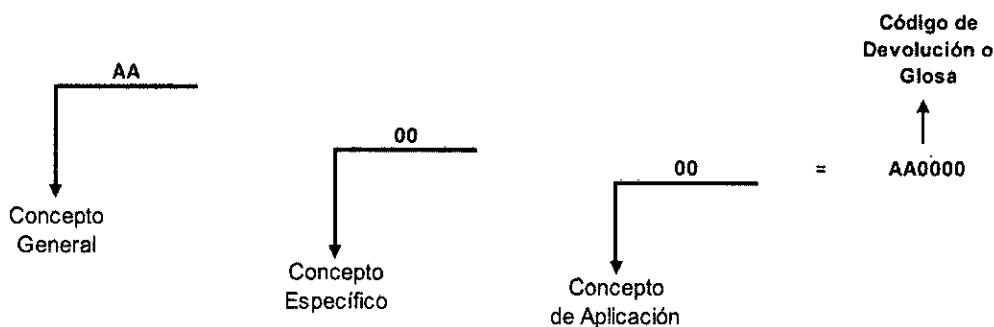
**ANEXO TÉCNICO No. 3
MANUAL ÚNICO DE DEVOLUCIONES, GLOSAS Y RESPUESTAS**

1. Codificación del Manual

1.1. 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, como 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 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.

1.2. Tabla de códigos de devolución

DEVOLUCIONES	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Definición	<p>Es una limitación al trámite de la factura de venta para el pago por parte de la entidad responsable de pago que la afecta de forma total, la cual puede ser subsanada en los términos establecidos de conformidad con el artículo 6 de la presente resolución. Las causas de devolución son taxativas y corresponden a la labor que tiene la entidad responsable de pago frente a definir su responsabilidad en el pago y trámite de la cuenta en cumplimiento del literal d, del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Se presentan devoluciones cuando existe alguna de las siguientes causales que impide realizar el pago por la entidad responsable de pago.</p>
DE16	Persona corresponde a otro responsable de pago
Nota	<p>No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. Para afectaciones parciales de la factura, remítase a las causas de glosa.</p> <p>El medio para la verificación de derechos es la base de datos proporcionada previamente por la entidad responsable de pago o según el mecanismo de disposición de información pactado por las partes en el acuerdo de voluntades.</p>

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

DEVOLUCIONES	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<p>Si no se conoce la entidad responsable de pago en la atención de urgencias, la consulta de la información se podrá realizar a través de la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA y posteriormente se realizará la validación de derechos con la entidad responsable de pago.</p> <p>Cuando el paciente inconsciente e indocumentado se deberá reportar a la entidad territorial respectiva, y una vez se aclare la identidad y entidad responsable de pago a cargo del paciente, se deberá informar a esta sin que pueda aplicar la causal de Glosa SO48.</p>
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 integral e integrada de la entidad responsable de pago
Nota	<p>No aplica en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En atención de urgencias. - Por efecto del proceso de asignaciones de afiliados, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.7.9 del Decreto 780 de 2016. - Cuando la entidad responsable de pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente o cuando el CRUE haya definido el prestador de servicios en el marco del proceso de referencia y contrarreferencia. - Cuando la entidad responsable de pago haya autorizado previamente a un prestador de servicios de salud.
DE4401	El profesional que ordenó el servicio o tecnología de salud facturado lo hizo desde una IPS que no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago
DE4402	El profesional independiente que ordenó el servicio o tecnología de salud no hace parte de la red integral e integrada 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 o la que la modifique o sustituya
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

1.3. Tabla de códigos de glosa

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Definición	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.
FA	FACTURACIÓN
Definición	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias en cantidad al comparar los servicios y tecnologías en salud prestados o provistas con los servicios y tecnologías en salud facturadas, o cuando el valor por concepto de recaudo efectivo de los pagos compartidos, no se restan de la factura de venta en salud, 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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
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
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 en salud de diferentes coberturas
Nota	Cuando se use para una factura de venta en salud multiusuarios, se glosa lo correspondiente al servicio o tecnología en salud con cobertura diferente a los recursos que maneje la entidad responsable de pago correspondiente del resto de la factura de venta en salud, 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 en salud.
FA1305	Servicio o tecnología corresponde a diferente cobertura
FA16	Persona, servicio o tecnología pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la prestación

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota	Aplica cuando la factura incluye varias personas y se puede tramitar parcialmente.
FA1605	En la factura se relacionan una 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
FA	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	Pago compartido
Nota	Aplica cuando se haya pactado el recaudo de los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras por parte del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud y haya sido recaudado efectivamente por el prestador. No aplica por no pago por parte de la persona No aplica cuando el prestador factura a la entidad responsable de pago descontando el valor del pago compartido.
FA2006	Los recaudos efectivos de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras, que por acuerdo de voluntades efectuó el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, no corresponden a lo informado por la entidad responsable de pago para la liquidación del pago compartido
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 en 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
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente
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 la entidad responsable de pago
FA38	Traslado asistencial de pacientes
FA3801	Los cargos por traslado asistencial de pacientes que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas
FA3803	Se cobra traslado asistencial de pacientes 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 proveedor de tecnologías en salud diferente al que tiene a su cargo la atención agrupada
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente. 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 en salud.
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 o aquellas que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga como obligatorias, 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 en salud 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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota	Aplica con la información proporcionada previamente por la entidad responsable de pago según el mecanismo de disposición pactado por las partes en el acuerdo de voluntades
FA5205	el número de personas incluidas en la modalidad de pago prospectiva es disminuido por novedades en la base de datos proporcionada por la entidad responsable de pago
FA5206	La persona incluida 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 en 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 en 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	
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por 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 encuentra incluido 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 o los definidos por la normatividad.
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	
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 otro talento humano que interviene en la atención	
TA0401	Los cargos por honorarios de otro talento humano que interviene en la atención 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	

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
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	Se entiende por atención agrupada el conjunto de servicios y tecnologías en salud realizados en relación con la atención de una o varias condiciones de salud de una persona o población, que se determinan en el acuerdo de voluntades, estableciendo una tarifa para este conjunto.
	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado en las modalidades de pago tales como: Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta, Pago Global prospectiva y Pago por capitación:
	No aplica en caso de atención de urgencias sin contrato o, cuando se haya emitido autorización.
	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 en salud incluidos en la atención agrupada
TA0901	Los cargos por atención agrupada que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados.
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	Traslado asistencial de pacientes
TA3801	Los cargos por traslado asistencial de pacientes 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
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
	Los cargos por otro transporte no asistencial ambulatorio 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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
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 de talento humano que interviene en la atención
SO0401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios del talento humano que interviene en la atención, 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 ó 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
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
SO21	Número de autorización
Nota	Aplica como glosa total. No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización. 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 y no habrá lugar a glosa por dicho concepto.
SO2101	El número de la autorización no está incluido en el RIPS.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	GLOSAS DESCRIPCIÓN
SO2102	el número de la autorización incluido en el RIPS no corresponde al prestador de servicios de salud
SO2103	El número de la autorización de servicios y tecnologías en salud incluido en el RIPS no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada
SO2104	El número de la autorización 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
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
SO3408	La hoja de atención odontológica no corresponde a la persona atendida
SO36	Copia de la factura 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
Nota	No aplica en caso de que la entidad responsable de pago haya emitido la autorización correspondiente
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	Hoja de traslado asistencial de pacientes
SO3801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de traslado asistencial
SO3802	La hoja de traslado asistencial 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 en salud, 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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO48	Evidencia del envío del trámite respectivo
Nota	En lo relativo al informe de atención de urgencias: 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. 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 la evidencia del envío del trámite respectivo
SO4802	El informe de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida
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 la persona
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
SO5901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el soporte del transporte no asistencial ambulatorio de la persona.
SO5902	El tiquete de transporte no corresponde a la persona atendida
SO61	Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud
Nota	Aplica cuando la ERP identifica inconsistencias en el relacionamiento de los datos reportados frente a la atención prestada o frente a lo contratado, que no afectan el valor monetario facturado. Estas glosas relacionadas con la calidad del dato deben subsanarse con la generación de una Nota de Ajuste de RIPS. 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
Definición	Aval emitido por la entidad responsable de pago para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud requeridos por la persona, el cual puede ser específico o integral. El número de autorización debe estar registrado en la factura de venta en salud y en el RIPS en los campos definidos en la Resoluciones 510 y 1036 de 2022 o las que las modifique o sustituya.
	Autorización específica: Soporta la causa que motiva la atención delimitada dentro del plan de manejo inicial establecido por el profesional tratante o, para un servicio o tecnología específico o individual, según lo pactado en el acuerdo de voluntades.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	GLOSAS DESCRIPCIÓN
	<p>Autorización integral: Soporta la atención de una persona que requiere resolver una condición o condiciones en salud, o para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la prescripción realizada por el profesional tratante. 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 salud contratada por la entidad responsable de pago.</p> <p>Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías en salud facturados por el prestador o proveedor no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable de pago o cuando se cobren servicios y tecnologías en salud con documentos o firmas adulteradas.</p> <p>Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas cuando no se obtiene respuesta en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social.</p> <p>Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social.</p> <p>En los casos de atención de pacientes en condición de urgencia, donde el Centro Regulador de Urgencias y Desastres – CRUE o la entidad que haga sus veces define el prestador de servicios de salud que debe atender el paciente, se consideran autorizadas y no aplica glosa.</p>
AU01	Estancia .
AU0101	El número de días en habitación que vienen relacionados en la factura de venta en salud 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 en salud presenta diferencia con las autorizadas
AU0202	La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria relacionada o justificada en los soportes de la factura de venta en salud 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 en salud 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 en salud presenta diferencia con lo autorizado, sin la debida justificación
AU0602	Los dispositivos médicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden a los autorizados, sin la debida justificación
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 en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU0702	La forma farmacéutica que vienen relacionada en la factura de venta en salud presenta diferencia con la autorizada
AU0703	El principio activo que viene relacionado en la factura de venta en salud presenta diferencia con el autorizado
AU0704	La concentración que viene relacionada en la factura de venta en salud presenta diferencia con la autorizada
AU08	Apoyo diagnóstico
AU0801	El número de apoyos diagnósticos que vienen relacionados en la factura de venta en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU0802	Los apoyos diagnósticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden con los autorizados
AU21	Número de Autorización
Nota	Aplica como glosa total.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	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. No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización. 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.
AU2103	El número de la autorización registrado en la factura de venta en salud o RIPS 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 en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU2302	El procedimiento no quirúrgico relacionado o justificado en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden con el autorizado
AU38	Traslado asistencial de pacientes
Nota	No aplica en el caso de traslado asistencial de pacientes en condición de urgencias
AU3803	El traslado asistencial de pacientes no cuenta con la autorización
AU43	Orden o prescripción facultativa del profesional tratante o autorización de servicios vencida al momento de su dispensación
AU4303	La orden o prescripción facultativa del profesional tratante o el número de la autorización de servicios 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	La orden o prescripción facultativa del profesional tratante o el número de la autorización de servicios 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 en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU5702	Los apoyos terapéuticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud 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 en salud presenta diferencia con lo autorizado
AU5802	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta en salud no corresponden a los autorizados
AU59	Transporte no asistencial ambulatorio de la persona
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
AU5903	El transporte no asistencial ambulatorio de la persona no cuenta con la autorización
CO	COBERTURA
Definición	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 topes
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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
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
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	Traslado asistencial de pacientes
CO3801	El traslado asistencial de pacientes 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
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
CO5901	El transporte no asistencial ambulatorio 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
Definición	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 en salud prestados o provistos a la persona, relacionados en los soportes de cobro de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas.
CL01	Estancia u observación de urgencias
CL0101	El cargo por estancia sea en observación de urgencias o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura de venta en salud 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
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

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
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
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
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
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
CL38	Traslado asistencial de las pacientes
CL3801	Los cargos por traslado asistencial de las pacientes que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
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
CL57	Apoyo terapéutico
CL5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CL5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
CL59	Transporte no asistencial ambulatorio de las personas
Nota	Aplica cuando el transporte no asistencial ambulatorio de personas se hace en los términos del artículo 108 de la Resolución 2808 de 2022 o la que la modifique o sustituya y medie un acuerdo de voluntades con un proveedor de tecnologías en salud regulado por normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No aplica para los casos de servicio público de pasajeros en el que la entidad responsable de pago debe asumir dicho costo, bien sea mediante un acuerdo con dichas empresas o cuando deba reintegrar el importe cancelado directamente por la persona.
CL5901	Los cargos por transporte no asistencial ambulatorio de las personas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes
SA	SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS
Definiciones	Son glosas que se aplican, como resultado del seguimiento a los acuerdos de voluntades con el fin de afectar un porcentaje definido del valor de una factura, por conceptos relacionados con la ejecución del contrato, y se aplicará a la factura del periodo siguiente al que se determinó el incumplimiento al acuerdo imputable al prestador de servicios de salud, o a la última factura del acuerdo de voluntades, según corresponda. El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios establecidos para el seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades. Ésta deberá ajustarse a los procesos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la definición, seguimiento y evaluación de indicadores que hacen parte del seguimiento del acuerdo de voluntades, según se estableció en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y su reglamentación. 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.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SA54	Incumplimiento de indicadores de seguimiento
Nota	Aplica a los indicadores 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, según lo pactado en el acuerdo de voluntades.
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, según lo pactado en el acuerdo de voluntades.
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 y 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	Incumplimiento de indicadores de calidad, gestión y resultados
Nota	Aplica en los indicadores de estructura, proceso o resultado que se hayan pactado para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades, en los términos establecidos en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y su reglamentación. Solo podrán aplicarse glosas posteriores al proceso periódico de seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades y deberán estar ajustadas a las metas, rangos y umbrales de cumplimiento de los indicadores establecidos acorde con el objeto contractual.
SA5601	Incumplimiento de las metas, rangos y umbrales pactados de los indicadores de calidad para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades.
SA5602	Incumplimiento de las metas, rangos y umbrales pactados de los indicadores de gestión para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades
SA5603	Incumplimiento de las metas, rangos y umbrales pactados de los indicadores de resultados en salud para hacer seguimiento al acuerdo de voluntades

1.4 Tabla de códigos de respuesta

RESPUESTAS A DEVOLUCIONES O GLOSAS	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Definición	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.
RE95	Glosa o devolución extemporánea
RE9501	La devolución no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos en el artículo 6 de la presente resolución.
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 en salud.
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%

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	RESPUESTAS A DEVOLUCIONES O GLOSAS
	DESCRIPCIÓN
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%.
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 justificada 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, configurándose la aceptación tácita de la devolución.
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.

2. Registro de la información transaccional

A continuación, se detalla el contenido del registro de la información transaccional correspondiente a la recepción de los soportes de cobro, la comunicación de devoluciones, glosas y respuestas por la entidad responsable de pago, prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, según aplique.

2.1. Registro de radicación de la factura de venta en salud, los soportes y los documentos asociados:

Corresponde a la evidencia del proceso de radicación de que trata el artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 modificada por la 2805 de 2022, o la que la modifique o sustituya.

El registro de radicación de la factura de venta en salud y sus documentos asociados, deberá contener:

- 2.1.1. Fecha y hora de registro.
- 2.1.2. Número único de radicación acorde a lo establecido en la Resolución 510 de 2022, modificada por la 2805 de 2022, o aquella que la modifique o sustituya.
- 2.1.3. 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 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
- 2.1.4. Número de la factura de venta en salud 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 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
- 2.1.5. Tipo de documento: 1. Factura de venta en salud, 2. Nota crédito y 3. Nota débito

2.2. Registro de radicación de devoluciones, glosas o respuestas:

Corresponde a la evidencia de la comunicación por la entidad responsable de pago de las devoluciones y, glosas, así como las respuestas presentadas por el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud.

El registro de radicación de devoluciones, glosas o respuestas tendrá la siguiente estructura:

- 2.2.1. Número del registro asignado a la devolución o glosa por la entidad responsable de pago o número del registro asignado para la respuesta por el prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías en salud
- 2.2.2. Número único de radicación de la factura y sus soportes emitido por la entidad responsable de pago acorde a lo establecido en la Resolución 510 de 2022 modificada por la Resolución 2805 de 2022 o la que la modifique o sustituya.

28 DIC 2023

RESOLUCIÓN NÚMERO

00002284 DE 2023

HOJA No. 34

Continuación de la resolución: "Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones"

- 2.2.3. Fecha y hora de registro.
- 2.2.4. Número de la factura de venta en salud 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 modificada por la Resolución 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.
- 2.2.5. Campo U10 del numeral 3.2 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, al que pertenece el registro de la persona a la que se está realizando la devolución, glosa o respuesta.
- 2.2.6. Consecutivo del registro del servicio o tecnología objeto de devolución, glosa o respuesta, perteneciente a la persona según lo descrito en el numeral 3.3 del Anexo Técnico de la Resolución 1036 de 2022, o la que la modifique o sustituya, según el servicio o tecnología a la que corresponda.
- 2.2.7. Código de la causa de devolución, glosa o respuesta
- 2.2.8. Valor objeto de la devolución, glosa o respuesta
- 2.2.9. Complemento descriptivo sobre la devolución, glosa o respuesta.