

RESOLUCIÓN 3047 DE 2008

(agosto 14)

Diario Oficial No. 47.082 de 15 de agosto de 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto [4747](#) de 2007

<Resumen de Notas de Vigencia>

NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Resolución 458 de 2013, "por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones", publicada en el Diario Oficial No. 48.712 de 22 de febrero de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013.

- Modificada por la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número [3047](#) de 2008, modificada por la Resolución número [416](#) de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

- Modificada por la Resolución 3385 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011, "Por la cual se modifica el Anexo Técnico número 6 que forma parte integral de la Resolución [3047](#) de 2008"

- Modificada por la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009, "Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución [3047](#) de 2008 y se dictan otras disposiciones"

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por los artículos [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), [17](#), [18](#), [21](#), [22](#), [23](#), [25](#) y [28](#) del Decreto 4747 de 2007,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

ARTÍCULO 2o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA EL INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LAS BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO. Para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago de que trata el párrafo 2o del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 1 que hace parte integral de la presente resolución. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago.

PARÁGRAFO 1o. Las bases de datos de que trata el artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 tendrán la estructura establecida en la Resolución 812 de 2007 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de la Protección Social publicará en su página web el listado de códigos, direcciones y teléfonos de las entidades responsables del pago. Las direcciones territoriales de salud publicarán este mismo listado en su página web.

PARÁGRAFO 3o. <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> En caso de detectar la presunta inconsistencia, el prestador deberá realizar la admisión, la identificación de la historia clínica y de la factura con los datos reales que se encuentran en el documento de identidad exhibido por el usuario. Las entidades responsables de pago, no podrán glosar las facturas con el argumento de que el usuario no existe en su base de datos, a menos que determinen que no existe la inconsistencia y se trata de dos personas distintas. En este último caso, dentro de las 8 horas hábiles siguientes a la recepción del informe de la posible inconsistencia la entidad responsable de pago deberá informar tal situación para que el prestador proceda a identificar el responsable del pago.

<Notas de Vigencia>

- Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

PARÁGRAFO 4o. <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> La entidad responsable del pago una vez verifique en sus archivos que efectivamente existe inconsistencia en la base de datos, procederá a reportar la novedad de actualización, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 812 de 2007 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

- Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

ARTÍCULO 3o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA EL INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 2 que hace parte integral de la presente resolución.

El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 2o del artículo 8o del Decreto 3990 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

En caso de no lograrse comunicación con las direcciones municipales o distritales, se deberá enviar el informe de atención inicial de urgencias a la dirección departamental de salud.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable del pago devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para informar la atención inicial de urgencias. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las direcciones territoriales de salud deberán poner a disposición en su página web de un espacio para que las instituciones prestadoras de servicios de salud registren la información de los pacientes de quienes no fue posible enviar el

informe de atención inicial de urgencias en los términos aquí establecidos, para que pueda ser consultada exclusivamente por las entidades responsables del pago. La información a ser registrada será nombre del paciente, identificación, fecha de ingreso, nombre y código del prestador y nombre y código de la entidad responsable del pago. Las direcciones territoriales de salud implementarán los mecanismos de acceso a la anterior información y serán las responsables del mantenimiento, actualización, reserva y seguridad de la misma.

PARÁGRAFO 1o. En caso de que no haya sido posible establecer la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud deberá reportar el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

PARÁGRAFO 2o. Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico número 3 que hace parte integral de la presente resolución.

<Concordancias>

Circular MINPROTECCIÓN SOCIAL [54](#) de 2008

ARTÍCULO 4o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 3 que hace parte integral de la presente resolución.

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo [10](#) de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de

autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley [527](#) de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente.

El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

PARÁGRAFO 1o. La responsabilidad de los datos registrados en la solicitud de autorización de servicios es del prestador de servicios de salud solicitante, los cuales serán tomados de la historia clínica que haya sido diligenciada por el médico tratante.

PARÁGRAFO 2o. En caso de que no haya sido posible definir la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud, deberá reportar el requerimiento de servicios a la dirección territorial así: a la dirección municipal en el caso de los municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, a la dirección distrital en el caso de los distritos y a la dirección departamental en los demás casos, utilizando el formato y los medios de envío definidos en el presente artículo.

PARÁGRAFO 3o. En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud deberá emplear el formato y seguir el procedimiento establecido en este artículo. Una vez definido el prestador receptor, el prestador remitente deberá diligenciar y enviar al prestador receptor la nota de remisión con la información clínica del paciente.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 4331 de 2012; Art. [8](#); Art. [10](#)

Circular MINPROTECCIÓN SOCIAL [54](#) de 2008

ARTÍCULO 5o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA LA RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS Y EN EL CASO DE AUTORIZACIÓN ADICIONAL. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 4 que hace parte integral de la presente resolución.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

a) Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

b) Para la atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

2. En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador, la entidad responsable del pago deberá dar la autorización de servicios en el formato y con el procedimiento establecido en este artículo, al receptor del paciente con copia al prestador solicitante. Lo anterior, sin perjuicio de que el prestador solicitante garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado. La entidad responsable del pago deberá cancelar los servicios prestados mientras se asume el manejo por el prestador receptor.

3. Si transcurridos los términos establecidos en el numeral 1 del presente artículo, el prestador de servicios no ha recibido respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador continuará brindando la atención en los términos de la solicitud y facturará anexando como soporte la solicitud de autorización remitida a la entidad responsable del pago o a la dirección departamental, distrital o municipal de salud. La entidad responsable del pago no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.

4. Si luego de tres intentos de envío debidamente soportados, por la entidad responsable del pago a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de dos (2) horas en el caso de atención posterior a la atención inicial de urgencias y de seis (6) horas en el caso de servicios adicionales a la primera autorización, la entidad responsable del pago no logra comunicación con el prestador de servicios de salud, deberá remitir el formato de respuesta debidamente diligenciado por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios

categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a los prestadores en los que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para enviar la autorización de servicios. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley [527](#) de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

5. En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, de la dirección territorial respectiva, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente. La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir este, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.

6. En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado en el prestador solicitante, la entidad responsable del pago adelantará los trámites necesarios para definir la atención de los servicios incluidos en el plan de beneficios a su cargo, en condiciones de calidad en otro prestador en un término no mayor a cuatro (4) horas.

7. No se podrán exigir soportes adicionales o dilatar mediante otros requerimientos la decisión sobre la autorización de servicios solicitada, lo anterior, sin perjuicio de que las entidades responsables del pago de los servicios de salud, puedan en casos complejos a criterio del auditor médico, solicitar datos clínicos adicionales a los consignados en el Anexo Técnico número 3, para analizar la solicitud formulada. La solicitud de información adicional por parte de la entidad responsable del pago, deberá realizarse dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud del prestador y el prestador de servicios de salud deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de información adicional. Una vez recibida la información adicional la entidad responsable del pago deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.

8. Si en el acuerdo de voluntades se pactó la autorización de servicios, para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, la autorización será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en

casos de cambios del plan de manejo.

9. Si en el acuerdo de voluntades se pactó la autorización de servicios, para atención por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la autorización cubrirá todos los servicios contenidos en el caso, conjunto, paquete o grupo relacionado por diagnóstico de acuerdo con lo definido en el acuerdo de voluntades. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.

10. Para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, la autorización, si esta se pactó en el acuerdo de voluntades, será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. En el caso de acuerdos de voluntades para atención por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la autorización, si esta se pactó, cubrirá todos los servicios contenidos en el caso, conjunto, paquete o grupo relacionado por diagnóstico de acuerdo con lo definido en el acuerdo de voluntades. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.

PARÁGRAFO 1o. Si dentro de la solicitud de servicios de que trata el presente artículo se están incluyendo medicamentos no incluidos en el POS, adicionalmente deberá adjuntarse la documentación definida en el artículo 9o de la Resolución 2933 de 2006 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

PARÁGRAFO 2o. En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado, dentro del término establecido en el presente artículo, enviará al prestador el formato único de negación de servicios establecido por la Superintendencia Nacional de Salud. El prestador deberá entregar el formato de negación al paciente o acudiente para que este pueda, si así lo considera, ejercer los derechos de contradicción ante la entidad responsable del pago o ante la Superintendencia Nacional de Salud.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 4331 de 2012; Art. 8; Art. 10

Circular MINPROTECCIÓN SOCIAL 54 de 2008

ARTÍCULO 6o. *FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS.* Si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para la realización de servicios de carácter electivo, sean estos ambulatorios u hospitalarios, el prestador de servicios de salud deberá adoptar el formato definido en el Anexo Técnico número 3 que hace parte integral de la presente resolución, el cual podrá ser enviado por

el usuario a la entidad responsable del pago por correo electrónico como imagen adjunta o fax, o presentarlo directamente en los puntos de atención de que disponga la entidad responsable del pago.

En el caso de que a juicio del profesional tratante, el servicio requerido sea de carácter prioritario, la solicitud deberá ser remitida por la institución prestadora de servicios a la entidad responsable del pago.

En ningún caso, las entidades responsables del pago podrán exigir que el usuario o su acudiente se desplace físicamente hasta sus instalaciones para entregar la solicitud de autorización.

PARÁGRAFO. Las entidades responsables del pago deberán disponer de mecanismos que garanticen la recepción de solicitudes de autorización de servicios electivos que se envíen a través de los medios de envío definidos en el artículo 10 de la presente resolución. Así mismo, deberán disponer de mecanismos que permitan la atención al público como mínimo todos los días hábiles por seis (6) horas diarias de horario de oficina diurno.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 4331 de 2012; Art. 8; Art. 10

ARTÍCULO 7o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA LA RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS. <Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 4331 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto número 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 4 de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

1. La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios electivos deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el Formato Único de Autorización. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.
2. En caso de ser positiva la respuesta, la entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerte la fecha y hora, así mismo le informará el valor del pago compartido.
3. En caso de que la respuesta sea negativa, la Entidad Responsable del Pago

deberá diligenciar y enviar el formato único de negación de servicios establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y adicionalmente, diligenciar el registro de negación de servicios definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios. El prestador deberá dar respuesta a dicha solicitud, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios no prioritarios. Estos términos sin perjuicio de los establecidos en el numeral 1 del presente artículo.

<Notas de Vigencia>

- Artículo modificado por el artículo [2](#) de la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número [3047](#) de 2008, modificada por la Resolución número [416](#) de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

- Parágrafo modificado por el artículo [2](#) de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 4331 de 2012; Art. [8](#) ; Art. [10](#)

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2012, con la modificación introducida por la Resolución 416 de 2009:

ARTÍCULO 7. Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo [16](#) del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 4 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

1. La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al

prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

2. En caso de ser positiva la respuesta, la entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerte la fecha y hora, así mismo le informará el valor del pago compartido.

3. En caso de ser negativa la respuesta, la entidad responsable del pago deberá diligenciar el formato único de negación de servicios, definido por la Superintendencia Nacional de Salud y seguir el procedimiento por ella definido.

PARÁGRAFO. <Parágrafo modificado por el artículo [2](#) de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de la autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios. El prestador deberá dar respuesta a dicha solicitud, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios prioritarios y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios no prioritarios. Estos términos sin perjuicio de los establecidos en el numeral 1 del presente artículo.

Texto original de la Resolución 3047 de 2008:

ARTÍCULO 7. Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo [16](#) del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 4 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

1. La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

2. En caso de ser positiva la respuesta, la entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerte la fecha y hora, así mismo le informará el valor del pago compartido.

3. En caso de ser negativa la respuesta, la entidad responsable del pago deberá diligenciar el formato único de negación de servicios, definido por la Superintendencia Nacional de Salud y seguir el procedimiento por ella definido.

PARÁGRAFO. Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de la autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante.

ARTÍCULO 8o. COTIZACIONES. En ningún caso se podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de cotizaciones o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de la entidad responsable del pago; la gestión de la misma, en caso de requerirse, será realizada directamente entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la presente resolución.

ARTÍCULO 9o. PROCESOS AUTOMATIZADOS PARA LA RECEPCIÓN O ENVÍO DE LOS FORMATOS. Si los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios, cuentan con procesos automatizados para la generación, envío y recepción de la información de que trata la presente resolución, o con desarrollos tecnológicos adicionales como códigos de barras, o sistemas de comunicación telefónica, entre otros, los mismos podrán seguir siendo utilizados siempre y cuando incluyan todas las variables y estándares de datos establecidos en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4 y 7 de la presente resolución.

PARÁGRAFO. El Ministerio de la Protección Social, con el fin de determinar el impacto de las medidas definidas mediante la presente resolución, definirá un conjunto de entidades responsables de pago e instituciones prestadoras deservicios de salud, que tengan automatizados los procesos, para que le remitan la información de los trámites definidos en la presente resolución.

ARTÍCULO 10. MEDIOS DE ENVÍO Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN. La información contenida en los anexos 1, 2, 3 y 4 definidos en la presente resolución, enviada y recibida entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se considera mensaje de datos y se somete a lo establecido en la Ley [527](#) de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

El envío y recepción de la información contenida en dichos anexos, entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se podrá realizar a través de uno o más de los siguientes medios:

Medio

Características

Intercambio Electrónico Datos (EDI)	Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud podrán desarrollar, disponer e implementar servicios de intercambio electrónico de datos. El Ministerio de la Protección Social en su página web dispondrá de los formatos .XML que deben ser utilizados para su desarrollo.
Correo electrónico	Se deben adjuntar al correo electrónico las imágenes en formato tipo .PDF .TIF o .GIF. Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de uno o varios buzones de correo electrónico con la capacidad suficiente veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana. Los nombres de los buzones deberán ser publicados y exclusivos para este tipo de información,
Telefax	Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de un telefax veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana para la recepción y envío de los formatos.

Para el envío de información a los usuarios, las entidades responsables del pago podrán utilizar medios como: envío a la dirección de correspondencia definida por el usuario por telefax o correo electrónico como imagen adjunta, si el usuario dispone de dichos medios.

PARÁGRAFO. <Parágrafo modificado por el artículo 3 de la Resolución 4331 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> El debido soporte de los intentos de envío de mensajes de datos de que trata la presente resolución se realizará con sujeción a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, no podrán exigir que la información contenida en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4, 9 y 10, sea digitada en determinado aplicativo informático.

Los aplicativos informáticos con que cuenten las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, deben poder generar y recibir los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4, 9 y 10 en archivos XML.

Si alguna de las dos partes carece de los desarrollos tecnológicos para la generación automática de los referidos formatos, y expresamente así lo acuerdan, los reportes de información pertinentes podrán realizarse mediante la digitación de la información en el aplicativo de que disponga la otra entidad.

<Notas de Vigencia>

- Parágrafo modificado por el artículo 3 de la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2012:

PARÁGRAFO. El debido soporte de los intentos de envío de mensajes de datos de que trata la presente resolución se realizará con sujeción a lo establecido en la Ley [527](#) de 1999 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO 11. DISPOSICIÓN DE RECURSO HUMANO Y TECNOLÓGICO. Las entidades a quienes aplique el Decreto [4747](#) de 2007, deberán disponer del recurso humano y tecnológico necesario para cumplir los procesos y procedimientos establecidos en la presente resolución.

ARTÍCULO 12. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. <Artículo modificado por el artículo [4](#) de la Resolución 4331 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Los soportes de las facturas de que trata el artículo [21](#) del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC.

<Notas de Vigencia>

- Artículo modificado por el artículo [4](#) de la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número [3047](#) de 2008, modificada por la Resolución número [416](#) de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2012:

ARTÍCULO 12. Los soportes de las facturas de que trata el artículo [21](#) del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 13. REVISIÓN Y VISADO PREVIO A LA PRESENTACIÓN Y/O RADICACIÓN DE FACTURAS O CUENTAS. Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de

los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.

ARTÍCULO 14. MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico número 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 15. REGISTRO CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA. Para la implementación del Registro conjunto de trazabilidad de la factura de que trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007, se establece la estructura contenida en el Anexo Técnico número 8, el cual forma parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 16. VIGILANCIA. La vigilancia de las disposiciones contenidas en la presente resolución corresponde a las direcciones territoriales de salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias que la Constitución y la ley hayan asignado a otras autoridades.

ARTÍCULO 17. SANCIONES. La violación a las disposiciones establecidas en la presente resolución se sancionará por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 18. PERÍODO DE TRANSICIÓN. Conforme a lo establecido en el artículo 28 del Decreto 4747 de 2007, se dispone de un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de la presente resolución para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago adopten los procedimientos aquí establecidos y ajusten sus formatos o sistemas de información.

ARTÍCULO 19. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 14 de agosto de 2008.

El Ministro de la Protección Social,
DIEGO PALACIO BETANCOURT.

ANEXO TÉCNICO NO. 1.

INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	
NUMERO INFORME	Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m m
INFORMACION DEL PRESTADOR	
Nombre	NIT
Código	Dirección prestador:
Teléfono:	Departamento:
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	CODIGO:
Tipo de inconsistencia	El usuario no existe en la base de datos
	Los datos del usuario no corresponden con los del documento de identificación presentado
DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)	
1er Apellido	2do Apellido
1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de identificación	
Registro Civil	Pasaporte
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación
Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación
Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento
Dirección de Residencia Habitual:	Teléfono:
Departamento:	Municipio:
Cobertura en salud	
Regimen Contributivo	Regimen Subsidiado - parcial
Regimen Subsidiado - total	Población Pobre no asegurada sin SISBEN
	Desplazado
	Plan adicional de salud
	Otro
INFORMACION DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA	
VARIABLE PRESUNTAMENTE INCORRECTA	DATOS SEGUN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (físico)
Primer Apellido	Primer Apellido:
Segundo Apellido	Segundo Apellido:
Primer Nombre	Primer Nombre:
Segundo Nombre	Segundo Nombre:
Tipo Documento de Identificación	Tipo Documento de Identificación:
Número Documento de Identificación	Número Documento de Identificación:
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento:
Observaciones	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA	
Nombre de quien reporta	Teléfono
Cargo o actividad:	Teléfono celular:

INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto colaborar en la detección de posibles errores en las bases de datos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social. Debe ser diligenciado por la persona responsable de consultar la base de datos durante la verificación de derechos de los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando detecte que los datos que se encuentran en la base de datos provista por la entidad responsable del pago o en la base de datos del Ministerio de la Protección Social difieren de los datos que presenta físicamente o informe el usuario, o cuando el usuario no aparece en la base de datos y presenta una documentación que lo acredita como afiliado.

Las posibles inconsistencias pueden ser: errores en la escritura de los nombres o apellidos, errores en el tipo y número del documento de identidad, errores en la fecha de nacimiento o inexistencia del usuario en la base de datos. Es importante aclarar que si las diferencias permiten considerar que se trata de dos personas distintas no opera este reporte.

La información general del prestador puede estar preimpresa en los formatos.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo [10](#) de la presente resolución.

Diligenciamiento

Número informe	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador deservicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección

	departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
Tipo de inconsistencia	de Marque con una “X” la opción pertinente.

Datos del usuario (como aparecen en la base de datos)

Apellidos y nombres	y Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario solo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una “X” la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	de Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	de Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme a los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	de Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas registre el código

	asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud	en Marque con una “X” la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios.

Información de la posible inconsistencia

Variable posiblemente incorrecta	Marque con una “X” la opción correspondiente al dato o datos que se considera(n) posiblemente incorrecto(s).
Datos documento identificación (físico)	según SOLAMENTE en los casos en los que exista diferencia, de registre la información, EXACTAMENTE como figura en el documento físico presentado por el usuario.
Observaciones	Registre la información adicional que considere puede ser importante para mejorar la calidad de las bases de datos en relación con la identificación del usuario.

Información de la persona que reporta

Persona que reporta	Registre el nombre completo y el cargo o actividad desempeñada por la persona que reporta la posible inconsistencia.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

ANEXO TÉCNICO NO. 2. INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.

se presta a un paciente el servicio de atención inicial de urgencias. Debe ser diligenciado por el funcionario que designe el prestador, una vez el médico tratante haya establecido la impresión diagnóstica y definido el destino del paciente.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo **10** de la presente resolución

Diligenciamiento

Número atención	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

Nombre IPS	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una “X” la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios del salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas

registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Entidad a la que registre el nombre de la entidad responsable del pago y el se le informa código asignado, tal como aparece en la base de datos en la (pagador) cual se realizó la verificación de derechos.

Datos del paciente

Apellidos y nombres Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente solo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.

Tipo documento de identificación Marque con una “X” la opción pertinente, según como aparece en la base de identificación datos en la que se realizó la verificación de derechos.

Número de documento de identificación Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.

Fecha de nacimiento Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme a los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.

Dirección de residencia habitual Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.

Teléfono Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.

Departamento Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Municipio Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Cobertura en salud Marque con una “X” la opción correspondiente al tipo de cobertura en salud sobre la cual el paciente está solicitando servicios.

Información de la atención

Origen Marque con una “X” la opción correspondiente al origen de la

		afección que motiva la consulta del paciente al servicio de urgencias. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Clasificación Triage		Seleccione la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de la Protección Social.
Ingreso a Urgencias		Registre la fecha y hora en la cual ingresó el paciente al servicio de urgencias. Siga el formato año, mes, día y hora en formato de 24 horas.
Paciente remitido	viene	Seleccione la opción pertinente. En caso afirmativo, registre el nombre del prestador remitente, así como el código de habilitación, el nombre del departamento y del municipio en el cual se encuentra ubicado dicho prestador con los códigos asignados en la codificación del DIVIPOLA.
Motivo de Consulta		Registre brevemente el motivo de consulta que originó la atención inicial de urgencias.
Impresión Diagnóstica		Registre el código y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE10, tanto para el diagnóstico principal como para los diagnósticos relacionados que definió el médico luego de la atención inicial de urgencias.
Destino del paciente		Registre con una "X" la opción adecuada. La opción "Contrarremisión" debe ser marcada en el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el profesional defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente. Marque "otro" si el paciente es enviado a otra entidad no hospitalaria: ancianato, albergue, cárcel, entre otras.

Información de la persona que informa

Persona que informa	Registre el nombre completo y el cargo o la actividad desempeñada por quien elabora el informe.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

ANEXO TÉCNICO NO. 3.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 4331 de 2012; Art. [9](#)

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL									
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD									
NUMERO DE SOLICITUD				Fecha:		a a a a - m m - d d		Hora: h h : m m	
INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)									
Nombre						NIT		CC	
Código						Dirección prestador:			
Teléfono:		indicativo		número		Departamento:		Municipio:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)								CODIGO:	
DATOS DEL PACIENTE									
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento de identificación									
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		Número documento de identificación					
☐ Tarjeta de identidad		☐ Adulto sin identificación							
☐ Cédula de ciudadanía		☐ Menor sin identificación							
☐ Cédula de extranjería		Fecha de Nacimiento				a a a a - m m - d d			
Dirección de Residencia Habitual:						Teléfono:			
Departamento:						Municipio:			
Teléfono celular				Correo electrónico					
COBERTURA EN SALUD									
☐ Régimen Contributivo		☐ Régimen Subsidiado - parcial		☐ Población Pobre no asegurada sin SISBEN		☐ Plan adicional de salud			
☐ Régimen Subsidiado - total		☐ Población pobre No asegurada con SISBEN		☐ Desplazado		☐ Otro			
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS									
Origen de la atención				Tipo de servicios solicitados				Prioridad de la atención	
☐ Enfermedad General		☐ Accidente de trabajo		☐ Evento Catastrófico		☐ Posterior a la atención inicial de urgencias		☐ Prioritaria	
☐ Enfermedad Profesional		☐ Accidente de tránsito		☐ Servicios electivos		☐ No prioritaria			
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:									
☐ Consulta Externa		☐ Hospitalización		Servicio				Cama	
☐ Urgencias									
Manejo integral según Guía de :									
Código CUPS		Cantidad		Descripción					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Justificación Clínica:									
Impresión Diagnóstica:									
Diagnóstico principal		Codigo CIE10		Descripción					
Diagnóstico relacionado 1									
Diagnóstico relacionado 2									
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA									
Nombre de que solicita						Teléfono			
						indicativo número extensión			
Cargo o actividad:						Teléfono celular:			

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben enviar los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago para solicitar autorización de servicios si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización. El formato se utilizará en los siguientes casos:

- a) Cuando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, requiere la prestación de servicios adicionales.
- b) Para solicitar una autorización adicional cuando se requiera ampliar la autorización inicial, sea en urgencias o en hospitalización.
- c) Solicitud de servicios electivos.

El formato debe ser diligenciado por la persona que designe la IPS, pero en todo caso la información deberá ser tomada de la historia clínica. Debe ser enviado dentro de los términos definidos en los artículos 4o y 6o de la presente resolución. El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

Diligenciamiento

Número de solicitud	de	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 1o de enero.
Fecha y hora		Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador (Solicitante)

Nombre del prestador de servicios de salud	del	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
--	-----	--

NIT/CC	Marque con una “X” la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	de Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le solicita autorización	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente solo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número documento de identificación	de Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha nacimiento	de Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.

Dirección de residencia habitual	de Registre la dirección que indique el paciente o acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente. Este dato será especialmente útil en los casos de servicios electivos, pues a él le podrá informar la entidad responsable del pago, el nombre del prestador y la fecha en que se le prestará el servicio.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente o acudiente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios selectivos. Si no tiene, registre “no tiene”.
Cobertura en salud	Marque con una “X” la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario está solicitando servicios.

Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención	Marque con una “X” la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la solicitud del servicio. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Tipo de servicios solicitados	Marque con una “X” la opción correspondiente, si el servicio requerido es posterior a la atención inicial de urgencias, o si se trata de un servicio electivo.
Prioridad de la autorización	De tratarse de un servicio electivo, indique si a juicio del profesional tratante, el servicio requerido es de carácter prioritario.
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización	del Marque con una “X” la opción correspondiente. En caso de encontrarse hospitalizado, indique el nombre del servicio y el número de la cama.

Manejo según Guía	integral Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios solicitados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio (s) solicitados (s). En los casos de servicios que requieran internación, la solicitud debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Justificación clínica	Describa brevemente la justificación del servicio solicitado. De ser pertinentes registre los resultados paraclínicos que justifican la solicitud.
Impresión diagnóstica	Registre el código CIE-10 y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el principal como para los diagnósticos relacionados que justifican los servicios solicitados.

Información de la persona que solicita

Persona que solicita	Registre el nombre y registro profesional del profesional que ordenó la práctica de los servicios solicitados en la historia clínica.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

ANEXO TÉCNICO 4. FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS.

<Anexo subrogado por el Anexo Técnico 4 incluido en la Resolución 4331 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:>

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN

Instructivo para su Adecuado Diligenciamiento

Instrucciones generales

Mediante el presente formato se estandariza el contenido de la información que debe diligenciar la entidad responsable del pago al prestador de servicios de salud cuando emite una autorización, si no se tiene acuerdo de voluntades, o si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito, sea ella para prestar servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, ampliar una autorización previamente emitida, o para autorizar servicios electivos, sean ellos de carácter hospitalario o ambulatorio. Debe ser diligenciado por el funcionario designado por la entidad responsable del pago, dentro de los términos definidos en los artículos 5o y 7o de la presente resolución.

El envío del informe al prestador autorizado se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

En caso de que la autorización se emita para que el servicio solicitado sea prestado por un prestador diferente de quien solicita, los datos del prestador serán los del que efectivamente está siendo autorizado para la prestación del servicio, pero la respuesta debe enviarse a los dos prestadores.

Diligenciamiento

Número de autorización:	Corresponde a un número consecutivo que asigna la entidad responsable del pago y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y Hora:	Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.
Entidad responsable del pago:	Corresponde al nombre y código de la entidad responsable del pago que emite la autorización. Este dato puede estar preimpreso en la entidad responsable del pago.

Información del prestador (autorizado)

Nombre del prestador de servicios NIT/CC	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud al que se está autorizando la prestación del servicio. Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación del prestador al cual se está autorizando la prestación del servicio, asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios

Municipio

de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la solicitud de autorización. Si el paciente solo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Teléfono	Registre el número de teléfono de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
Teléfono celular	Registre el número del teléfono celular del paciente o acudiente.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre “no tiene”.

Servicios autorizados

Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una “X” la opción correspondiente. En caso de encontrarse en hospitalización, indique el servicio y número de cama, de acuerdo con la información enviada en la solicitud formulada por el prestador.
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios autorizados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio(s) autorizado(s). En los casos de servicios que requieran internación, la autorización debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Solicitud de origen	Registre el número de la solicitud a la cual se está dando respuesta y la fecha y hora de la misma.

Pagos compartidos

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago.	Registre el porcentaje de la tarifa que la entidad responsable del pago cancelará al prestador por los servicios autorizados. Este valor deberá diligenciarse en enteros (no use decimales).
Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	Registre una “X” si el prestador deberá reclamar al paciente tiquete, bono o vale de pago para recibir el servicio.
Concepto del recaudo del prestador	Seleccione con una “X” la casilla correspondiente, según se trate de cuota moderadora, copago o cuota de recuperación, u otro (y cuál) el valor que debe recaudar directamente el prestador de parte del usuario. Dicho valor puede ser expresado en pesos o en %, regístrelo en la casilla correspondiente. Registre el

valor máximo que debe cancelar el usuario, teniendo en cuenta la normatividad vigente. De ser necesario marque más de un concepto de recaudo, sin perjuicio de la aplicación de la norma vigente sobre la no simultaneidad entre el cobro de copagos y cuotas moderadoras (Acuerdo número 260 de 2004).

Información de la persona de la Entidad responsable del pago que autoriza

Persona que autoriza	Registre el nombre de la persona que autoriza los servicios y el cargo o actividad que desempeña en la entidad responsable del pago.
Teléfono	Registre el número telefónico de la entidad responsable del pago, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Información de la persona de la IPS receptora que acepta recibir al paciente. Solo se diligencia en caso de que la autorización implique la remisión del paciente

Persona que acepta remisión	Registre el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente y el cargo o actividad que desempeña en la IPS receptora.
Teléfono	Registre el número telefónico de la entidad responsable del pago, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

<Notas de Vigencia>

- Anexo subrogado por el Anexo Técnico **4** de la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número **3047** de 2008, modificada por la Resolución número **416** de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

<Texto original del Anexo No. 4:>

ANEXO TÉCNICO NO. 4.
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.
<Formato original no incluido, consultarlo directamente en el Diario Oficial No. 47.082 de 15 de agosto de 2008>

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Mediante el presente formato se estandariza el contenido de la información que debe diligenciar la entidad responsable del pago al prestador de servicios de salud cuando emite una autorización, si no se tiene acuerdo de voluntades, o si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito, sea ella para prestar servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, ampliar una autorización previamente emitida, o para autorizar servicios electivos, sean ellos de carácter hospitalario o ambulatorio. Debe ser diligenciado por el funcionario designado por la entidad responsable del pago, dentro de

los términos definidos en los artículos 5o y 7o de la presente resolución.

El envío del informe al prestador autorizado se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

En caso de que la autorización se emita para que el servicio solicitado sea prestado por un prestador diferente de quien solicita, los datos del prestador serán los del que efectivamente está siendo autorizado para la prestación del servicio, pero la respuesta debe enviarse a los dos prestadores.

Diligenciamiento:

Número de autorización:	de	Corresponde a un número consecutivo que asigna la entidad responsable del pago y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y hora:		Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.
Entidad responsable del pago:		Corresponde al nombre y código de la entidad responsable del pago que emite la autorización. Este dato puede estar preimpreso en la entidad responsable del pago:

Información del restador autorizado

Nombre prestador servicios	del	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud al de que se está autorizando la prestación del servicio.
NIT/CC		Marque con una “X” la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número identificación	de	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código		Registre el código de habilitación del prestador al cual se está autorizando la prestación del servicio, asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación.
Dirección prestador		Registre la dirección del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Teléfono		Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Departamento		Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del

	DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE

Datos de paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la solicitud de autorización. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento identificación	de Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Número documento identificación	de Registre el número del documento que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Dirección residencia habitual	de Registre la dirección de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Teléfono	Registre el número de teléfono de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre "no tiene".

Servicios autorizados

Ubicación de paciente al momento de solicitud	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de la encontrarse en hospitalización, indique el servicio y número de de cama, de acuerdo con la información enviada en la solicitud
---	--

autorización	formulada por el prestador.
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios autorizados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio(s) autorizado(s). En los casos de servicios que requieran internación, la autorización debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Solicitud de origen	Registre el número de la solicitud a la cual se está dando respuesta y la fecha y hora de la misma.

Pagos compartidos

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago.	Registre el % de la tarifa que la entidad responsable del pago cancelará al prestador por los servicios autorizados, teniendo en cuenta la antigüedad de afiliación al sistema del paciente, en semanas. Este valor deberá diligenciarse en enteros (no use decimales).
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de autorización.	Registre el número de semanas de afiliación del paciente. Este valor deberá diligenciarse en enteros (no use decimales) y solamente cuando el valor del pago compartido esté asociado con períodos de carencia.
Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	Registre una "X" si el prestador deberá reclamar al paciente tiquete, bono o vale de pago para recibir el servicio.
Concepto del recaudo del prestador	Seleccione con una "X" la casilla correspondiente, según se trate de cuota moderadora, copago o cuota de recuperación, u otro (y cuál) el valor que debe recaudar directamente el prestador de parte del usuario. Dicho valor puede ser expresado en pesos o en %, regístrelo en la casilla correspondiente. Registre el valor máximo que debe cancelar el usuario, teniendo en cuenta la normatividad vigente. De ser necesario marque más de un concepto de recaudo, sin perjuicio de la aplicación de la norma vigente sobre la no simultaneidad entre el cobro de copagos y cuotas moderadoras (Acuerdo 260 de 2004).

Información de la persona que autoriza

Persona que autoriza	Registre el nombre de la persona que autoriza los servicios y el cargo o actividad que desempeña en la entidad responsable del pago.
Teléfono	Registre el número telefónico de la entidad responsable del pago, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un1

número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

ANEXO TECNICO NO 5. SOPORTES DE LAS FACTURAS.

A. DENOMINACION Y DEFINICION DE SOPORTES:

1. Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

2. Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al Fosyga, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

3. Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

4. Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

6. Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.

7. 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. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.

8. Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

9. Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

10. Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

11. Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

12. Recibo de pago compartido: Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.

13. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT): Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo **25** del Decreto 2463 de 2001.

14. Factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga: Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga por la atención de un paciente.

15. Historia clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

16. Hoja de atención de urgencias: Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

17. Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

18. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

B. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGUN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO

1. Consultas ambulatorias:

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Autorización. Si aplica.
- d) Comprobante de recibido del usuario.
- e) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

- a) Factura o documento equivalente.

- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Autorización. Si aplica.
- d) Comprobante de recibido del usuario.
- e) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f) Odontograma.
- g) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Autorización. Si aplica.
- d) Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- e) Comprobante de recibido del usuario.
- f) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- g) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Autorización. Si aplica.

d) Comprobante de recibido del usuario.

e) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

a) Factura o documento equivalente.

b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c) Autorización. Si aplica

d) Comprobante de recibido del usuario.

e) Fotocopia de la fórmula médica,

f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

a) Factura o documento equivalente.

b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c) Autorización. Si aplica.

d) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

e) Comprobante de recibido del usuario.

f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Lentes:

a) Factura o documento equivalente.

- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Autorización. Si aplica.
- d) Comprobante de recibido del usuario.
- e) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

8. Atención inicial de urgencias:

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Informe de atención inicial de urgencias.
- d) Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e) Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f) Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos **99** y **100** de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g) Comprobante de recibido del usuario.
- h) Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

9. Atención de urgencias:

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d) Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación,

- e) Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f) Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g) Comprobante de recibido del usuario.
- h) Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- i) Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga, en caso de accidente de tránsito.
- j) Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- k) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Autorización. Si aplica.
- d) Resumen de atención o epicrisis.
- e) Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- f) Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g) Descripción quirúrgica.
- h) Registro de anestesia.
- i) Comprobante de recibido del usuario.

j) Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.

k) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

l) Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

m) Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga, en caso de accidente de tránsito

11. Ambulancia:

a) Factura o documento equivalente.

b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c) Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica.

d) Autorización. Si aplica.

e) Hoja de traslado.

f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

12. Honorarios profesionales:

a) Factura o documento equivalente.

b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c) Autorización. Si aplica.

d) Comprobante de recibido del usuario.

e) Descripción quirúrgica. Si aplica.

f) Registro de anestesia. Si aplica.

g) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

C. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO.

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Autorización. Si aplica.
- c) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d) Resumen de atención o epicrisis.
- e) Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f) Registro de anestesia. Si aplica.
- g) Comprobante de recibido del usuario.
- h) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- i) Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

D. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad definidas en el acuerdo de voluntades.

E. EN EL CASO DE RECOBROS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRITUTIVO, LOS SOPORTES DE LAS FACTURAS POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS SERAN:

1. Medicamentos no POS autorizados por el Comité Técnico Científico:

- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos

ambulatorios.

d) Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.

e) Original de la orden y/o fórmula médica.

f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

g) Autorización del Comité Técnico Científico.

h) En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

2. Servicios ordenados por tutelas cuando se haya ordenado el cumplimiento al prestador:

a) Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.

b) Fotocopia del fallo de tutela.

3. Cobros por accidentes de trabajo:

a) Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.

b) Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

ANEXO TECNICO NO 6.

MANUAL UNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS.

Definiciones

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las

causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a glosas y devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Objetivo

El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

Elementos de la codificación

La codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

General

6

Específico

53

TABLA NUMERO 1

Codificación Concepto General

Código Concepto General

Aplicación

- | | | |
|---|--------------|---|
| 1 | Facturación | Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual. |
| 2 | Tarifas | Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados. |
| 3 | Soportes | Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles. |
| 4 | Autorización | Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución. |
| 5 | Cobertura | Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes. |
| 6 | Pertinencia | Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada. |
| 8 | Devoluciones | Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia |

para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. 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. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| 9 | Respuestas
glosas
devoluciones | a Las respuestas a glosas y devoluciones se deben o interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago. |
|---|--------------------------------------|--|

Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

TABLA NUMERO 2

Codificación Concepto Específico

Código Concepto Específico

- | | |
|----|---|
| 01 | Estancia |
| 02 | Consultas, interconsultas y visitas médicas |
| 03 | Honorarios médicos en procedimientos |
| 04 | Honorarios otros profesionales asistenciales |
| 05 | Derechos de sala |
| 06 | Materiales |
| 07 | Medicamentos |
| 08 | Ayudas diagnósticas |
| 09 | Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo |

- relacionado por diagnóstico)
- 10 Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
 - 11 Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
 - 12 Factura excede topes autorizados
 - 13 Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas).
 - 14 Error en suma de conceptos facturados
 - 15 Datos insuficientes del usuario
 - 16 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
 - 17 Usuario retirado o moroso
 - 18 Valor en letras diferentes a valor en números
 - 19 Error en descuento pactado
 - 20 Recibo de pago compartido
 - 21 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
 - 22 Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
 - 23 Procedimiento o actividad
 - 24 Falta firma del prestador de servicios de salud
 - 25 Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
 - 26 Usuario o servicio corresponde a capitación
 - 27 Servicio o procedimiento incluido en otro
 - 28 Orden cancelada al prestador de servicios de salud
 - 29 Recargos no pactados
 - 30 Autorización de servicios adicionales
 - 31 Bonos o baucher sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
 - 32 Detalle de cargos
 - 33 Copia de historia clínica completa
 - 34 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
 - 35 Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
 - 36 Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
 - 37 Orden o fórmula médica
 - 38 Hoja de traslado en ambulancia
 - 39 Comprobante de recibido del usuario
 - 40 Registro de anestesia
 - 41 Descripción quirúrgica
 - 42 Lista de precios
 - 43 Orden o autorización de servicios vencida

- 44 Profesional que ordena no adscrito
- 45 Servicio no pactado
- 46 Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del Fosyga
- 47 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
- 48 Informe atención inicial de urgencias
- 49 Factura no cumple requisitos legales
- 50 Factura ya cancelada
- 51 Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
- 52 Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
- 53 Urgencia no pertinente.
- 54 <Código y concepto adicionado por el artículo [3](#) de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION

- 96 Glosa o devolución injustificada
- 97 No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)[1]
- 98 Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
- 99 Subsanada (Glosa no aceptada)

<Notas de Vigencia>

- Código 54 adicionado por el artículo [3](#) de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

En la Tabla número 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

TABLA NUMERO 3

Código de Glosa

**Gen Espe
eral cif.**

Descripción

Facturación

- 1 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 05 Derechos de sala
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 09 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado diagnóstico)
- 10 Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
- 11 Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
- 12 Factura excede topes autorizados
- 13 Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
- 14 Error en suma de conceptos facturados
- 15 Datos insuficientes del usuario
- 16 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
- 17 Usuario retirado o moroso
- 19 Error en descuento pactado
- 20 Recibo de pago compartido
- 22 Descripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
- 23 Procedimiento o actividad
- 24 Falta firma del prestador de servicios de salud
- 25 Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
- 26 Usuario o servicio corresponde a capitación
- 27 Servicio de procedimiento incluido en otro
- 28 Orden cancelada al prestador de servicios de salud
- 51 Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
- 52 Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
- 54 <Código y descripción adicionado por el artículo [4](#) de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>
Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

- Código adicionado por el artículo [4](#) de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

Tarifas

- 2 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 05 Derechos de sala
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 09 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
- 23 Procedimiento o actividad
- 29 Recargos no pactados

Soportes

- 3 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 06 Materiales <Código adicionado por el artículo [5](#) de la Resolución 4331 de 2012>
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 09 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
- 20 Recibo de pago compartido
- 30 Autorización de servicios adicional
- 31 Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
- 32 Detalle de cargos
- 33 Copia de historia clínica completa
- 35 Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
- 36 Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
- 37 Orden o fórmula médica

- 38 Hoja de traslado en ambulancia
- 39 Comprobante de recibido del usuario
- 40 Registro de anestesia
- 41 Descripción quirúrgica
- 42 Lista de precios
- 43 Orden o autorización de servicios vencida

Autorización

- 4 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Autorización honorarios médicos en procedimientos
Devoluciones<Código adicionado por el artículo 5 de la
Resolución 4331 de 2012>
- 06 Materiales
- 08 Ayudas diagnósticas
- 23 Procedimiento o actividad
- 30 Autorización de servicios adicionales
- 38 <Código y descripción adicionado por el artículo 4 de la
Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>
Traslado en ambulancia
- 43 Orden o autorización de servicios vencida
- 44 Médico que ordena no adscrito

<Notas de Vigencia>

- Código 38 adicionado por el artículo 4 de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

Coberturas

- 5 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 23 Procedimiento o actividad
- 27 Servicio o procedimiento incluido en otro
- 45 Servicio no pactado
- 46 Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de
accidentes de tránsito (SOAT)

Pertinencia

- 6 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos

- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 05 Derechos de sala
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 23 Procedimiento o actividad
- 53 Urgencia no pertinente

Devoluciones

- 8 16 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
- 17 Usuario retirado o moroso
- 21 Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
- 22 Respuesta a glosa o devolución extemporánea
Respuesta a Glosa o Devoluciones <Código adicionado por el artículo 5 de la Resolución 4331 de 2012>
- 34 Resumen egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
- 44 Médico que ordena no adscrito
- 47 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC) accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
- 48 Informe de atención inicial de urgencias
- 49 Factura no cumple requisitos legales
- 50 Factura ya cancelada

Respuestas a Glosas o Devoluciones

- 9 95 Glosa o devolución extemporánea <Código adicionado por el artículo 5 de la Resolución 4331 de 2012>
- 96 Glosa o devolución injustificada
- 97 No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)[2]
- 98 Subsanaada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
- 99 Subsanaada (Glosa o devolución no aceptada)

Manual de Uso

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

1. Facturación

<Numeral modificado por el artículo 5 de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

<Notas de Vigencia>

- Numeral modificado por el artículo 5 de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2008:

1. Facturación. Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita.

101 Estancia

Aplica cuando:

1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas.
2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.

102 Consultas, interconsultas y visitas médicas

- Aplica cuando:
1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
 2. En una factura se registra una interconsulta que

originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.

3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos posquirúrgicos.

4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes.

5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

1. Facturación

103 Honorarios médicos en procedimientos

Aplica cuando:

1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.

2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.

3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

104 Honorarios de otros Profesionales

Aplica cuando:

1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.

2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

105 Derechos de sala

Aplica cuando:

1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
- 106 Materiales
- Aplica cuando:
1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral.
3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
- 107 Medicamentos
- Aplica cuando:
1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
- 108 Ayudas diagnósticas
- Aplica cuando:
1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
- 109 Atención Integral (caso, Aplica cuando:
conjunto integral de
atenciones, paquete o El prestador de servicios de salud registra en la
Grupo relacionado por factura cargos detallados que sobrepasan el valor

diagnóstico)		pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
110 Servicio o insumo incluido en paquete	Aplica cuando:	El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado.
111 Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	Aplica cuando:	1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
112 Factura excede topes autorizados	Aplica cuando:	La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113 Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas)	Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.	
114 Error en suma de conceptos facturados	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.	
115 Datos insuficientes del usuario	Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la	

factura y se ha acordado contractualmente.

116 Usuario o servicio responsable Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y corresponde a otro plan o es de trámite parcial:

1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios.

NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.

1. Facturación

117 Usuario retirado o moroso Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no están cubiertos por la entidad responsable del pago.

Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.

No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.

119 Error en descuento pactado Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.

120 Recibo de pago compartido Aplica cuando:

1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados.

2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.

122 Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes Aplica cuando:

El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales,

- 123 Procedimiento o actividad Aplica cuando:
1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
- De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
- 124 Falta firma del prestador de servicios de salud Aplica cuando:
1. La factura no tiene la firma del prestador.
- 125 Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica Aplica cuando:
- Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
- 126 Usuario o servicio corresponde a capitación Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
- 127 Servicio o procedimiento incluido en otro Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
- 128 Orden cancelada al prestador de servicios de salud Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
- 151 Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
- 152 Disminución en el número de personas incluidas en la capitación Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
- 154 Incumplimiento en las metas pactadas en <Código adicionado por el artículo 6 de la Resolución 416 de 2009> Aplica cuando el

cobertura, resolutiveidad y oportunidad. prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutiveidad pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.

<Notas de Vigencia>

- Código 154 adicionado por el artículo 6 de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

2. Tarifas

Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

- | | |
|---|---|
| 201 Estancia | Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio. |
| 202 Consultas, interconsultas y visitas médicas | Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados. |
| 203 Honorarios médicos en procedimientos | Aplica cuando:

1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.

2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio. |
| 204 Honorarios de otros profesionales asistenciales | Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados. |
| 205 Derechos de sala | Aplica cuando los cargos por derechos de sala |

	que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206 Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207 Medicamentos	<Código modificado por el artículo <u>1</u> de la Resolución 3385 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. También aplica cuando los cargos por medicamentos no incluidos en el POS, que sean objeto de recobro al Fosyga, superen los valores máximos conforme a los términos y condiciones fijados en las Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección Social en virtud del Decreto <u>4474</u> de 2010.

<Notas de Vigencia>

La Resolución 3385 de 2011 fue expresamente derogada por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013, "por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones", publicada en el Diario Oficial No. 48.712 de 22 de febrero de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013.

- Código 207 modificado por el artículo 1 de la Resolución 3385 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011.

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2008:

207. Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.

2. Tarifas

208 Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
-------------------------	---

- 209 Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete grupo relacionado por diagnóstico) Aplica cuando el prestador de servicios de salud de registra en la factura un mayor valor en el cobro o del caso, conjunto integral de atenciones, paquete relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
- 223 Procedimiento o actividad Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
- 229 Recargos no pactados Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

3. Soportes

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

- 301 Estancia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
- 302 Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
- 303 Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando:
1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura.
 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
- 304 Honorarios de otros profesionales asistenciales Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la

	factura que evidencian las honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
306 Materiales	<u>Aplica cuando en la descripción quirúrgica no se registran los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico <Código adicionado por el artículo 5 de la Resolución 4331 de 2012></u>
307 Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios. Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
308 Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309 Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320 Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura.
	Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331 Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar, solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332 Detalle de cargos	Aplica cuando:

1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados.

2. Se anexa detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.

333 Copia de historia clínica completa Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.

335 Formato ATEP Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. [25](#).

336 Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de Fosyga con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.

3. Soportes

337 Orden o fórmula médica Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.

338 Hoja de traslado en ambulancia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.

339 Comprobante de recibido del usuario Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.

340 Registro de anestesia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.

341 Descripción quirúrgica Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.

342 Lista de precios

Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura.

No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información.

4. Autorizaciones

<Inciso del numeral 4. modificado por el artículo 7 de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

<Notas de Vigencia>

- Inciso del numeral 4. modificado por el artículo 7 de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2008:

4. Autorizaciones. Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago en los términos establecidos en la presente resolución.

401 Estancia

Aplica cuando:

1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados.

	2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402 Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
403 Autorización honorarios médicos en Procedimientos	Aplica cuando la entidad responsable del pago emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la Institución Prestadora de Servicios de Salud está facturando a su nombre estos honorarios.<Código 403 adicionado por el artículo <u>5</u> de la Resolución 4331 de 2012>
406 Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408 Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423 Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430 Autorización de servicios adicional	<Código modificado por el artículo <u>8</u> de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución. No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.
438 Traslado	<Código adicionado por el artículo <u>9</u> de la

443 Orden o autorización de servicios vencida	Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Aplica cuando: 1. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. 2. No aplica en caso de traslados Aplica cuando: 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
444 Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

<Notas de Vigencia>

- Código 430 modificado por el artículo [8](#) y 438 adicionado por el artículo [9](#) de la Resolución 416 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.272 de 23 de febrero de 2009.

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3047 de 2008:

430. Autorización de servicios	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución.
--------------------------------	--

5. Cobertura

Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

501 Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502 Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506 Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507 Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508 Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523 Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527 Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.

- | | |
|--|---|
| 545 Servicio no pactado | Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes. |
| 546 Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT) | Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de Fosyga. |

Pertenencia

Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles de los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

- | | |
|---|---|
| 601 Estancia | Aplica cuando el cargo por estancia, sea esta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro. |
| 602 Consultas, interconsultas y visitas médicas | Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro. |
| 603 Honorarios médicos procedimientos | <p>en Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. |
| 604 Honorarios de otros profesionales asistenciales | Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro. |

605 Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606 Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607 Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608 Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623 Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653 Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

8. Devoluciones

Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas.

816 Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago. 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago.
---	--

3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago.

Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.

817 Usuario retirado o moroso

Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago.

Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.

821 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud

Aplica cuando se carece de autorización principal o esta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.

822 Respuesta a glosa o devolución extemporánea

Aplica cuando la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales. <Código 822 adicionado por el artículo [5](#) de la Resolución 4331 de 2012>

834 Resumen del egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma

Aplica cuando:

1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis.

2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias.

3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma.

Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.

- 844 Profesional que ordena no adscrito Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
- 847 Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP) Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.

8. Devoluciones

- 848 Informe atención inicial de urgencias de Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
- 849 Factura no cumple requisitos legales Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumple con alguno de los requisitos legales o cuando no se identifique en los medicamentos no incluidos el Plan Obligatorio de Salud (POS) el código CUM, emitido por el INVIMA con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC. <Texto subrayado adicionado por el artículo 5 de la Resolución 4331 de 2012>
- 850 Factura ya cancelada Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.

9. Respuestas a glosas y devoluciones

Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

995 Glosa o devolución extemporánea	Aplica cuando la entidad responsable del pago comunica la glosa o devolución por fuera de los términos legales. <Código 995 adicionado por el artículo <u>5</u> de la Resolución 4331 de 2012>
996 Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997 No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998 Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999 Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

ANEXO TÉCNICO NO. 7.

ESTÁNDARES DE DATOS PARA LOS ANEXOS TÉCNICOS 1, 2, 3 Y 4.

<TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 47.082 de 15 de agosto de 2008; EN LA CARPETA "ANEXOS" O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

<Notas de Vigencia>

- Anexo modificado por el artículo 6 de la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

ANEXO TÉCNICO NO 8. REGISTRO CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA.

<Anexo subrogado por el Anexo Técnico **8** incluido en la Resolución 4331 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:>

La siguiente es la estructura de reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones y respuestas de las mismas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

Los siguientes campos conforman el archivo, definiendo además la longitud de cada uno de ellos y se diligenciarán de acuerdo con la normativa vigente.

Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
1	NIT de la entidad responsable del pago	Númerico	10	Prestador
2	Razón Social de la entidad responsable del pago	Alfanumérico	150	Prestador
3	NIT del prestador de servicios de salud	Númerico	12	Prestador
4	Nombre o razón social del prestador de servicios de salud	Alfanumérico	250	Prestador
5	Prefijo de la factura	Alfanumérico	6	Prestador
6	Número de Factura	Alfanumérico	10	Prestador
7	Fecha de prestación del servicio o egreso	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
8	Fecha de emisión de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
9	Número de autorización	Númerico	10	Prestador
10	Fecha de la autorización	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
11	Valor de la factura	Númerico	12	Prestador
12	Fecha de presentación de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
13	Código devolución	Númerico	3	Responsable del pago
14	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
15	Fecha devolución	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
16	Valor pago anticipado	Númerico	10	Prestador
17	Fecha de pago anticipado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
18	Valor glosa inicial	Númerico	10	Responsable del pago
19	Código de glosa inicial	Númerico	3	Responsable del pago
20	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
21	Fecha glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
22	Valor pago no glosado	Númerico	10	Prestador
23	Fecha pago no glosado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
24	Código respuesta a glosa inicial	Númerico	3	Prestador
25	Observaciones	Alfanumérico	100	Prestador
26	Valor sustentado respuesta a glosa inicial	Númerico	10	Prestador
27	Fecha respuesta a glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
28	Valor levantado por la entidad responsable del pago	Númerico	10	Responsable del pago
29	Fecha decisión de la entidad responsable del pago	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
30	Valor pagado por glosa levantada	Númerico	10	Responsable del pago
31	Fecha pago por glosa levantada	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
32	Código glosa definitiva	Númerico	3	Responsable del pago
33	Observaciones	Alfa numérico	100	Responsable del pago
34	Valor glosa definitiva	Númerico	10	Responsable del pago

35	Fecha glosa definitiva	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
36	Valor en discusión al término etapa arreglo directo	Número	10	Prestador

Es importante aclarar que cada uno de los motivos de glosa, para una misma factura, se debe reportar en renglón independiente.

Definición de los campos de la estructura del archivo:

NIT de la entidad responsable del pago no se reporta dígito de verificación.

Razón social de la entidad responsable del pago

NIT del prestador de servicios de salud no se reporta dígito de verificación

Nombre o razón social del prestador de servicios de salud

Prefijo de la factura. Corresponde a las letras que anteceden al número de la factura a glosar (campo opcional)

Número de factura. Corresponde al número consecutivo que el prestador de servicios de salud asigna a la respectiva factura o documento equivalente.

Fecha de prestación del servicio o egreso. Corresponde a la fecha en la cual efectivamente se realizó la prestación del servicio o egresó el paciente que recibió servicios de internación. Puede no coincidir con la fecha de emisión de la factura.

Fecha de emisión de la factura. Fecha en la que se genera la factura.

Número de autorización. Se refiere al número de la autorización principal, es decir, a la que se emite para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define de una longitud máxima de diez (10) caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha.

Fecha de autorización. Fecha correspondiente a la emisión de la autorización por la entidad responsable del pago.

Valor de la factura. Corresponde al valor por el cual fue presentada la factura.

Fecha de presentación de la factura. Corresponde a la fecha en la cual el prestador presenta la factura ante la entidad responsable del pago.

Código devolución. Corresponde al número de 3 dígitos definido de acuerdo con los conceptos consignados en el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

Observaciones. En este campo se aclarará la causa de devolución según la normatividad vigente.

Fecha devolución. Fecha en la cual la entidad responsable del pago devuelve la factura

Valor pago anticipado. Monto del pago anticipado.

Fecha de pago anticipado. Corresponde a la fecha en la cual se realiza el pago anticipado.

Valor glosa inicial. Valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

Código glosa inicial. Código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse una fila para cada causa.

Observaciones: En este campo se aclarará el servicio glosado con su detalle y complementos necesarios según el motivo de las glosas.

Fecha glosa inicial. Corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

Valor pago no glosado. Corresponde al monto del pago, equivalente al valor no glosado menos el pago anticipado.

Fecha pago no glosado. Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela el valor no glosado.

Código respuesta a glosa inicial. Este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida en la presente resolución.

Observaciones: En este campo se aclarará la respuesta al servicio glosado con su detalle y complementos necesarios para aclarar las respuestas.

Valor sustentado respuesta a glosa inicial. Corresponde al monto que el prestador de servicios de salud considera pudo sustentar en relación al valor de la glosa inicial.

Fecha respuesta a glosa inicial. Fecha en la cual el prestador de servicios de salud entrega a la entidad responsable del pago la respuesta sobre sus glosas iniciales.

Valor levantado por la entidad responsable del pago: Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera que debe cancelar al prestador de servicios de salud por haber sustentado total o parcialmente la glosa inicial.

Fecha decisión de la entidad responsable del pago: Fecha en la cual la entidad responsable del pago adopta una decisión frente a la respuesta presentada por el

prestador de servicios de salud.

Valor pagado por glosa levantada: Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera cancela al prestador de servicios de salud por concepto de la glosa que aceptó levantar.

Fecha pago por glosa levantada: Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela al prestador de servicios de salud el valor que aceptó levantar.

Código glosa definitiva. Este campo será diligenciado por la entidad responsable del pago.

Observaciones: En este campo se aclara la razón de la glosa definitiva.

Valor glosa definitiva. Monto que en concepto de la entidad responsable del pago queda como glosa definitiva

Fecha glosa definitiva: Fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa.

Valor en discusión al término etapa arreglo directo: Corresponde al valor que una vez concluidos los 60 días hábiles establecidos en la normatividad vigente para el pago de las facturas que tengan glosa, no logran acuerdo entre las partes y se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, o a los mecanismos de solución alternativa de conflictos que se hayan plasmado en el acuerdo de voluntades.

<Notas de Vigencia>

- Anexo subrogado por el Anexo Técnico 8 de la Resolución 4331 de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

<Texto original del Anexo No. 8:>

La siguiente es la estructura de reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones y respuestas de las mismas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

Los siguientes campos conforman el archivo, definiendo además la longitud de cada uno de ellos y se diligenciarán de acuerdo con la normatividad vigente.

No campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
1	NIT de la entidad responsable del pago	N Numérico	10	Prestador
2	Razón Social de la entidad responsable del pago	A Alfanumérico	150	Prestador

3	Código del prestador de servicios de salud	Numérico	12	Prestador
	Nombre o razón social del prestador de servicios de salud	Alfanumérico	250	Prestador
5	Prefijo de la factura	Alfanumérico	6	Prestador
6	Número de Factura	Alfanumérico	10	Prestador
7	Fecha de prestación del servicio o egreso	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
8	Fecha de emisión de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
9	Número de autorización	Numérico	10	Prestador
10	Fecha de la autorización	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
11	Fecha de presentación de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
12	Valor de la factura	Numérico	12	Prestador
13	Fecha devolución	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
14	Código devolución	Numérico	3	Responsable del pago
15	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
16	Fecha de pago anticipado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
17	Valor pago anticipado	Numérico	10	Prestador
18	Fecha glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
19	Valor glosa inicial	Numérico	10	Responsable del pago
20	Código de glosa inicial	Numérico	3	Responsable del pago
21	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
22	Fecha pago no glosado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
23	Valor pago no glosado	Numérico	10	Prestador
24	Fecha respuesta a glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
25	Código respuesta a glosa inicial	Numérico	3	Prestador
26	Valor sustentado respuesta a glosa inicial	Numérico	10	Prestador
27	Observaciones	Alfanumérico	100	Prestador
28	Fecha decisión de la entidad responsable del pago	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
29	Valor levantado por la entidad responsable del pago	Numérico	10	Responsable del pago
30	Fecha pago por glosa levantada	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
31	Fecha glosa definitiva	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
32	Código glosa definitiva	Numérico	3	Responsable del pago
33	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
34	Valor en discusión al término etapa arreglo directo	Numérico	10	Prestador

Es importante aclarar que cada uno de los motivos de glosa para una misma factura se debe reportar en renglón independiente.

Definición de los campos de la estructura del archivo:

NIT de la entidad responsable del pago no se reporta dígito de verificación.

Razón social de la entidad responsable del pago.

Código del prestador de servicios de salud. Corresponde al código asignado por la dirección departamental o distrital de salud.

Nombre o razón social del prestador de servicios de salud.

Prefijo de la factura. Corresponde a las letras que anteceden al número de la factura a glosar (campo opcional).

Número de factura. Corresponde al número consecutivo que el prestador de servicios de salud asigna a la respectiva factura o documento equivalente.

Fecha de prestación del servicio o egreso. Corresponde a la fecha en la cual efectivamente se realizó la prestación del servicio o egresó el paciente que recibió servicios de internación. Puede no coincidir con la fecha de emisión de la factura.

Fecha de emisión de la factura. Fecha en la que se genera la factura.

Número de autorización. Se refiere al número de la autorización principal, es decir a la que se emite para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define de una longitud máxima de siete (7) caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha.

Fecha de autorización. Fecha correspondiente a la emisión de la autorización por la entidad responsable del pago.

Fecha de presentación de la factura. Corresponde a la fecha en la cual el prestador presenta la factura ante la entidad responsable del pago.

Valor de la factura. Corresponde al valor por el cual fue presentada la factura.

Fecha devolución. Fecha en la cual la entidad responsable del pago devuelve la factura.

Código devolución. Corresponde al número de 3 dígitos definido de acuerdo con los conceptos consignados en el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

Observaciones. En este campo se aclarará la causa de devolución según la normatividad vigente.

Fecha de pago anticipado. Corresponde a la fecha en la cual se realiza el pago anticipado.

Valor pago anticipado. Monto del pago anticipado.

Fecha glosa inicial. Corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

Valor glosa inicial. Valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

Código glosa inicial. Código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse una fila para cada causa.

Observaciones. En este campo se aclarará el servicio glosado con su detalle y complementos necesarios según el motivo de las glosas.

Fecha pago valor no glosado. Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela el valor no glosado.

Valor pago no glosado. Corresponde al monto del pago, equivalente al valor no glosado menos el pago anticipado.

Fecha respuesta a glosa inicial. Fecha en la cual el prestador de servicios de salud entrega a la entidad responsable del pago la respuesta sobre sus glosas iniciales.

Código respuesta a glosa. Este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida en la presente resolución.

Valor sustentado respuesta a glosa inicial. Corresponde al monto que el prestador de servicios de salud considera pudo sustentar en relación al valor de la glosa inicial.

Observaciones. En este campo se aclarará la respuesta al servicio glosado con su detalle y complementos necesarios para aclarar las respuestas.

Fecha decisión de la entidad responsable del pago a la respuesta. Fecha en la cual la entidad responsable del pago adopta una decisión frente a la respuesta presentada por el prestador de servicios de salud.

Valor levantado por la entidad responsable del pago. Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera que debe cancelar al prestador de servicios de salud por haber sustentado total o parcialmente la glosa inicial.

Fecha pago por glosa levantada. Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela al prestador de servicios de salud el valor que aceptó levantar.

Fecha glosa definitiva. Fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa.

Valor en discusión. Corresponde al valor que una vez concluidos los 60 días hábiles establecidos en la normatividad vigente para el pago de las facturas que tengan glosa, no logran acuerdo entre las partes y se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, o a los mecanismos de solución alternativa de conflictos que se hayan plasmado en el acuerdo de voluntades.

[illegible]

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Instructivo para su Adecuado Diligenciamiento

1. Objetivos

Identificar y presentar un resumen de la historia clínica del paciente que a juicio del profesional tratante se debe remitir para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud, de manera que el prestador receptor conozca la información clínica del paciente.

2. Normas Generales

El responsable del diligenciamiento del formato es el profesional tratante y se debe diligenciar cuando se toma la decisión de remitir un paciente a otro Prestador de servicios de salud. En caso de que las condiciones del paciente atendido en el servicio de urgencia varíen entre el momento del diligenciamiento del formato y el momento efectivo de traslado del paciente, deberá ser actualizado dicho formato.

3. Diligenciamiento

Fecha y hora Registre la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 00:00 a 24:00 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC/CE	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud; CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente, o CE si se trata de un profesional independiente con nacionalidad extranjera, en ejercicio.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT, adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud, conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una “X” la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
Entidad responsable del pago	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Datos de la persona responsable del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una “X” la opción pertinente.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente, o su acudiente, indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.

Datos del profesional que solicita la referencia y servicio al cual se remite

Información clínica relevante

Diligencie en el orden indicado la información de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes de diagnóstico; resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional remitente debe firmar el formato.

<Notas de Vigencia>

ANEXO TÉCNICO NO. 10.
FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

[illegible]

FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Instructivo para su Adecuado Diligenciamiento

1. Objetivos

Registrar la información clínica relacionada con la atención resultado de una remisión, para garantizar la continuidad de la atención.

2. Normas Generales

El responsable del diligenciamiento del formato es el profesional tratante y se debe diligenciar al terminar la interconsulta o el tratamiento objeto de la remisión. Este formato diligenciado hace parte de la historia clínica del paciente.

Si el manejo del paciente fue hospitalario, la información de contrarreferencia será una copia de la epicrisis. Esta deberá remitirse al prestador que remitió al paciente.

3. Diligenciamiento

Fecha y Registre la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato de 00:00 a 24:00
hora horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador que responde

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC/CE	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud; CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente, o CE si se trata de un profesional independiente con nacionalidad extranjera, en ejercicio.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la

identificación	base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
Entidad responsable del pago	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Datos de la persona responsable del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente, tal como figuran en la admisión. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento de la persona responsable del paciente.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique la persona responsable del paciente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.

Datos del profesional que contrarremite

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del profesional que contrarremite.
Teléfono	Registre el número de teléfono al cual se pueda contactar al profesional. El número celular solicitado, corresponde al institucional, si se cuenta con este recurso.
Servicio que contra-remite	Registre el nombre del servicio que contrarremite: consulta externa, urgencias, hospitalización y en caso pertinente la especialidad a la cual se contrarremite al paciente.

Información clínica relevante

Diligencie las fechas inicio y final de la atención, los resultados de pruebas diagnósticas, evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados, pronóstico y recomendaciones de manejo.

Al finalizar el profesional que contrarremite debe firmar el formato.

<Notas de Vigencia>

- Anexo adicionado por la Resolución [4331](#) de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número [3047](#) de 2008, modificada por la Resolución número [416](#) de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

**ANEXO TÉCNICO NO 11.
CONTENIDO DE LOS AVISOS - QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN
PUBLICAR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

<Anexo adicionado por la Resolución [4331](#) de 2012. El nuevo texto es el siguiente:>

El Ministerio de Salud y Protección Social, recuerda a todos los ciudadanos que requieren servicios de salud, que:

1. Las Entidades Responsables del Pago (EPS, Secretarías de Salud, Entidades Adaptadas) y los prestadores de servicios de salud tienen prohibido exigir fotocopias de documentos (artículo [11](#) Decreto número 4747 de 2007), excepto en casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito (Decreto número [3990](#) de 2007).
2. El acceso a los servicios de salud se hará a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad (artículo [22](#) Ley 1438 de 2011).
3. El trámite de la autorización de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud ante la Entidad Promotora de Salud. Ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario (artículo [120](#) Decreto-ley número 019 de 2012).
4. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de la fecha de emisión.
5. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
7. Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el

oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.

8. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que no se requiere.

9. Las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar la asignación de citas de medicina general u odontológica general a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, sin que se tenga que hacer la solicitud de forma presencial (artículo [123](#) Decreto-ley número 019 de 2012).

Conozca sus derechos, exija su cumplimiento.

Denuncie la Violación de sus Derechos a la Dirección Municipal de Salud, Personería Municipal, Dirección Departamental o Distrital de Salud, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Superintendencia Nacional de Salud

<Notas de Vigencia>

- Anexo adicionado por la Resolución [4331](#) de 2012, "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número [3047](#) de 2008, modificada por la Resolución número [416](#) de 2009", publicada en el Diario Oficial No. 48.651 de 21 de diciembre de 2012.

1. Circular [035](#) de 2000, Contaduría General de la Nación.
2. Circular [035](#) de 2000, Contaduría General de la Nación..