



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2020

()

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en los artículos 2.5.3.4.10 y 2.5.3.4.12 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO:

Que en el Capítulo 4, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, se regularon algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, para la atención de la población a su cargo.

Que el artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 establece que los prestadores de servicios de salud deben presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 2.5.3.4.12 del Decreto 780 de 2016 faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para expedir el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, en el que se establecerán la codificación y denominación de las causas de devolución y glosa de la factura, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que se hace necesario modificar algunos de los soportes que deben acompañar las facturas de venta y, por ende, las causales de devoluciones y glosas con el fin de optimizar los procesos de reconocimiento y pago.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modifíquese el artículo 12 de la Resolución número 3047 de 2008, el cual quedará así:

“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios y tecnologías en salud. Los únicos soportes de las facturas de prestación de servicios y tecnologías en salud de que trata Artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 del 2016 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán los definidos en el Anexo Técnico No. 5 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables de pago no podrán exigir soportes adicionales a los definidos en la presente Resolución y el incumplimiento a esta obligación dará lugar a las acciones de vigilancia y control, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.18 del Decreto 780 de 2016.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones”

Los soportes deberán ser presentados por los prestadores de servicios de salud ante las entidades responsables de pago en la fecha de expedición de la factura o máximo dentro de los treinta (30) días siguientes. Una vez recibidos los soportes, la entidad responsable de pago generará un número consecutivo de radicación por el conjunto de soportes que acompañan cada factura, momento a partir del cual se considera radicada. Desde el momento de la radicación, las entidades responsables de pago deben proceder a dar cumplimiento a los términos definidos por la normativa que regula la materia para determinar si proceden glosas o no a la factura.

Parágrafo 1. *En caso que el prestador de servicios de salud no entregue los soportes en el término antes establecido, la entidad responsable de pago aplicará la causa de devolución correspondiente y el prestador de servicios de salud expedirá la nota crédito al 100% de la factura e iniciará un nuevo proceso de cobro.*

Parágrafo 2. *La historia clínica únicamente podrá ser solicitada y enviada en los casos excepcionales de alto costo referidos en el artículo 124 de la Resolución 3512 de 2019 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.”*

Artículo 2. Modifíquese el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará tal y como se establece en el Anexo Técnico No. 6 de la presente Resolución.

Artículo 3. Adiciónese a la Resolución 3047 del 2008 el Anexo Técnico No. 12 “Envío y recepción en medio digital de los soportes de la factura de venta en salud” el cual hace parte integral de esta Resolución, y establece los lineamientos técnicos y los términos de uso para el envío y la recepción por medio digital de los soportes de las facturas de que trata Anexo Técnico No. 5 de la presente Resolución.

Artículo 4. Periodo de ajuste. Los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago deberán realizar los ajustes previstos en la presente resolución a más tardar el 31 de diciembre de 2020.

Artículo 5. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de su publicación, modifica parcialmente a partir del 1 de enero del 2021 la Resolución 3047 de 2008 y deroga el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3374 de 2000.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO No. 5

SOPORTES DE COBRO

A. DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y LINEAMIENTOS

1. **Factura de venta:** es el documento que soporta las transacciones de venta de servicios y tecnologías de salud de un prestador de servicios de salud (PSS) a una entidad responsable del pago (ERP), que debe cumplir con las características y condiciones establecidas por la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La factura de venta, sea electrónica, de talonario o papel, puede ser multiusuarios o multiservicios siempre y cuando, tanto los usuarios como los servicios correspondan a la misma financiación y cobertura de la entidad responsable de pago.

La factura de venta incluirá el o los números de autorizaciones de los servicios y tecnologías en salud emitidas por las entidades responsables del pago (ERP) y los números de Mi Prescripción (Mipres), cuando aplique; así como, el valor de los copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, indistintamente de la modalidad de contratación y pago, cuando el prestador de servicios de salud los recaude según acuerdo de voluntades y sea efectivamente recibido el valor. Los documentos de respuesta de autorizaciones y de los pagos compartidos no serán enviados a la entidad responsable de pago.

Para el recaudo de los copagos y cuotas moderadoras o de recuperación son válidos tanto la factura de venta como el documento equivalente: Tiquete de máquina registradora con sistemas P.O.S. (*Point of Sales*)

2. **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario y/o de cada uno de los ítems de la factura, con su respectivo valor, los cuales no han sido discriminados en la misma. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención.

Contenido del Detalle de cargos:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Número de factura a la que se encuentre asociado
- d. Descripción: Código y denominación de los catálogos:
 - Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)
 - Manual Tarifario para Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) hasta tanto sea expedido en código y denominación CUPS
 - Código Único de Medicamentos (CUM) o Identificador Único de Medicamentos (IUM)
 - Los dispositivos médicos de los prestadores de servicios de salud, mientras sea expedido el identificador de dispositivos médicos (asociados al procedimiento CUPS a nivel del grupo y subgrupo, en la que se use el dispositivo)
- e. Cantidad
- f. Valor Unitario
- g. Valor Total

Cuando por acuerdo de voluntades, los servicios y tecnologías en salud facturados obedezcan a modalidades de contratación y de pago por capitación o cualquier agrupador como paquete, canasta, conjunto integral de atenciones, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo se deberá detallar la cantidad estimada de cada uno de los servicios y tecnologías que los compongan, acorde con la codificación señalada en el literal d del contenido del Detalle de cargos, y el

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

valor unitario será cero. En el caso que contenga servicios y tecnologías en salud financiados con presupuesto máximo, en el valor unitario del Detalle de cargos será el correspondiente a los valores máximos de recobro/cobro según la norma vigente.

Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez agotada la cobertura de la póliza SOAT o de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) según aplique, los prestadores de servicios de salud (PSS) deben presentar el Detalle de cargos de los servicios y tecnologías en salud facturados a la aseguradora SOAT o a la ADRES siguiendo el orden cronológico de la atención prestada, ante las entidades promotoras de salud (EPS) o entidades obligadas a compensar (EOC) y éstas últimas no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador. En todo caso, es responsabilidad del prestador de servicios de salud cerciorarse de que lo facturado y pagado por la aseguradora SOAT o la ADRES, agote la cobertura de la que ésta es responsable antes de facturarle a la EPS o EOC o si ya facturó a la EPS o EOC, dar alcance con notas crédito derivadas de lo pagado por la aseguradora SOAT o la ADRES.

- 3. Resumen de atención o Epicrisis:** El resumen de atención se refiere a la Hoja de evolución o a la Hoja de consulta ambulatoria según aplique. La epicrisis es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos.

Si dentro de la práctica actual de los prestadores de servicios de salud, la estructura y formato de epicrisis contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad. Sin perjuicio de los datos adicionales que los prestadores de servicios de salud, dentro de su autonomía médica, decidan registrar.

Contenido de la Epicrisis:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Servicio de ingreso
- e. Hora y fecha de ingreso
- f. Servicio de egreso
- g. Hora y fecha de egreso
- h. Motivo de consulta (percepción de la persona)
- i. Enfermedad actual (respuesta mínima a las siguientes preguntas ¿Cuándo? ¿Cómo? Evolución, estado actual y tratamiento)
- j. Antecedentes
- k. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio
- l. Hallazgos del examen físico incluye signos vitales
- m. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes)
- n. Conducta incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico
- o. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta, el manejo o justifiquen la estancia, incluye complicaciones o eventos adversos durante la estancia
- p. Interpretación de los resultados de los procedimientos diagnósticos y de todo aquello que justifique los cambios en el manejo o en el diagnóstico
- q. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten, incluye los servicios y tecnologías financiadas con presupuestos máximos, alto costo y nuevas tecnologías
- r. Diagnósticos de egreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes)
- s. Condiciones generales a la salida del paciente (estado: vivo o muerto) y si hubiere incapacidad temporal incluir el número de días

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

- t. Plan de manejo ambulatorio incluye el manejo terapéutico, apoyo diagnóstico y consultas médicas generales o especializadas
- u. Nombres y apellidos y número de registro del médico que diligencie el documento.

4. Resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes de apoyo diagnóstico. La interpretación de cada uno de los exámenes de apoyo solicitados deberá estar consignado en la Historia clínica, así como en la Epicrisis, Hoja de atención de urgencias y la Hoja de atención de consulta ambulatoria. Para los casos en los cuales se deben presentar soportes relacionados con el resultado o la interpretación de ayudas diagnósticas cuya obtención supere el término de los treinta (30) días de que trata el artículo 1 de la presente Resolución, procederá el trámite de la factura por parte de la entidad responsable de pago, sin incluir estos servicios, generándose posteriormente la nota débito correspondiente con el valor pendiente del soporte.

5. 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 incluida en la epicrisis, de ser así, no debe enviarse como soporte. El envío aplica sólo cuando la atención en salud comprende un procedimiento quirúrgico hospitalario o ambulatorio.

Si dentro de la práctica actual de los prestadores de servicios de salud, la estructura y formato de la descripción quirúrgica contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado en su totalidad.

Contenido de la Descripción quirúrgica:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Tipo de cirugía
- e. Vía de abordaje
- f. Dispositivos médicos e insumos empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, o a las tarifas que hubieren sido pactadas o a las que le sean aplicables. Incluye material de osteosíntesis.
- g. Hora de inicio
- h. Hora de terminación
- i. Complicaciones y su manejo
- j. Hallazgos quirúrgicos
- k. Registro de patologías: incluir la cantidad de especímenes para estudio
- l. Diagnóstico pre quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- m. Diagnóstico pos quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- n. Nota aclaratoria del cirujano
- o. Estado a la salida (vivo / muerto)
- p. Nombres y apellidos del cirujano principal y ayudantes quirúrgicos, instrumentadora y demás profesionales de la salud participantes con los números de registro o tarjeta profesional

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

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

Si dentro de la práctica actual de los prestadores de servicios de salud, la estructura y formato del registro de anestesia contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Contenido del Registro de anestesia:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Tipo de anestesia
- e. Hora de inicio
- f. Hora de terminación
- g. Complicaciones y su manejo
- h. Registro de medicamentos con sus especificaciones, incluye la aplicación de medicina transfusional
- i. Estado a la salida (vivo / muerto)
- j. Nombres y apellidos del anesthesiólogo y otros profesionales participantes con el número de registro profesional

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

Para la prestación o el suministro ambulatorio de servicios y tecnologías en salud, la evidencia de recibido será la firma, el tipo y número de identificación del paciente, de su representante, acudiente o de quien recibe el medicamento, el dispositivo médico y/o las terapias, en el formato de la planilla de recibido, diseñado para tal efecto, por el prestador de servicios de salud (PSS) o acuse digital si lo tiene.

En el caso de la atención de urgencias con observación, servicios de internación o procedimientos quirúrgicos, hospitalarios o ambulatorios, la evidencia de recibido será la Epicrisis y en atención de urgencias sin observación, será la Hoja de atención de urgencias.

En la consulta ambulatoria será la Hoja de atención de consulta ambulatoria, independiente de la modalidad de prestación de servicios de salud, y para la interconsulta, la Hoja de evolución de la Historia Clínica, en el formato que utiliza el prestador de servicios de salud (PSS)

8. Traslado o transporte:

8.1. Traslado de pacientes: El servicio de traslado es soportado con la Hoja de traslado, la cual contiene el resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente, en los términos de la normativa vigente.

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

Contenido de la Hoja de traslado:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Motivo del traslado (ayuda diagnóstica, tratamiento complementario, valoración por especialista, otro)
- e. Procedimientos durante el traslado
- f. Medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- g. Tipo de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

- h. Hora de inicio del recorrido
- i. Lugar de origen
- j. Hora de finalización del recorrido
- k. Lugar de destino final
- l. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera
- m. Para traslados intermunicipales:
 - i. Kilómetros iniciales
 - ii. Kilómetros finales
- n. Nombre y apellidos del acompañante cuando aplique
- o. Nombres, apellidos, número y tipo de identificación y firmas de la tripulación
- p. Nombres y apellidos del médico que recibe al paciente y número de registro médico

En caso de requerir ingreso a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) durante el recorrido por complicaciones o deterioro del estado clínico en el traslado, se deberá justificar la causa e informar el nombre de la IPS, kilómetros de desviación y tiempo utilizado para la estabilización.

8.2. Transporte del paciente ambulatorio: El servicio de transporte en un medio diferente a ambulancias previa autorización de la entidad responsable de pago en los términos de la normativa vigente, estará soportado por el tiquete de transporte de pasajeros, reglamentado por la DIAN, de la empresa que presta el servicio.

- 9. Factura por el cobro a la aseguradora SOAT o a ADRES:** Corresponde a la copia de la factura emitida y el detalle de cargos, cuando aplique, por la atención de un paciente, a la entidad que cubrió el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) o a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) por accidentes de tránsito sin póliza SOAT o vehículo no identificado cuyas víctimas correspondan a población no afiliada al SGSSS o de regímenes especiales o de excepción.
- 10. Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los servicios y las tecnologías en salud a un paciente. En el caso en el que, en los acuerdos de voluntades se indiquen que no se requiere la autorización de los servicios y las tecnologías en salud, el soporte de la factura es la copia de la orden y/o fórmula médica.
- 11. Lista de precios:** Documento que relaciona el precio al cual el prestador de servicios de salud factura las tecnologías en salud (medicamentos, dispositivos médicos e insumos) a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando las tecnologías en salud facturadas no estén incluidas en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades o en los casos de atención sin contrato.
- Si en la factura o en el detalle de cargos está discriminado el valor unitario de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos no se requiere enviar la Lista de precios cuando no haya contrato.
- 12. Hoja de atención de urgencias.** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura para aquellos casos de atención de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación, ni hospitalización. Incluye la interpretación médica del apoyo diagnóstico facturado.
- 13. Odontograma:** Es la ficha gráfica y la carta con el estado dental de un paciente, en el que se registra la condición inicial y la evolución del tratamiento odontológico realizado. Contiene la Hoja de evolución en donde se detalla la atención realizada. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

14. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalarios o ambulatorios. Si dentro de la práctica actual de los prestadores de servicios de salud, la estructura y formato de la Hoja de administración de medicamentos ya contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato adoptado en su totalidad.

Contenido de la Hoja de administración de medicamentos:

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

15. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS: es el conjunto de datos mínimos y básicos que se requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios y tecnologías en salud, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia la normatividad vigente.

B. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA MODALIDADES DE CONTRATACION Y DE PAGO POR AGRUPADOS COMO PAQUETE, CANASTA, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO, PAGO GLOBAL PROSPECTIVO E INTEGRAL POR GRUPO DE RIESGO

1. Factura de venta
2. Detalle de cargos. No se requiere enviar si se tiene Nota Técnica en el acuerdo de voluntades y por eso, se pacta el no envío
3. Copia de Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
4. Copia del Resumen de atención o Epicrisis
5. Copia de la Descripción quirúrgica. Si aplica
6. Copia del Registro de anestesia. Si aplica
7. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

C. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MODALIDAD DE CONTRATACION Y DE PAGO POR CAPITACIÓN

1. Factura de venta
2. Detalle de cargos. No se requiere enviar si se tiene Nota Técnica en el acuerdo de voluntades y por eso, se pacta el no envío.
3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

D. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE PRESTACIONES PARA LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN Y DE PAGO POR SERVICIO

1. Consultas ambulatorias:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia de la Hoja de atención de la consulta ambulatoria
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Copia del Odontograma
- e. Copia de la Hoja de atención de la consulta ambulatoria
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

3. Exámenes de apoyo diagnósticos ambulatorio:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia de los Resultado o interpretación de los exámenes de apoyo diagnóstico
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia de la Hoja de atención de la consulta ambulatoria
- e. Copia de la Planilla de recibido firmada o acuse digital de recibido
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

5. Medicamentos de uso ambulatorio (incluye oxígeno):

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la fórmula médica.
- d. Copia de la Planilla de recibido firmada o acuse digital de recibido
- e. Copia de la Hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

6. Dispositivos médicos (incluye lentes):

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia de la Planilla de recibido firmada o acuse digital de recibido
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

7. Atención de urgencias:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Hoja de atención de urgencias o Epicrisis en caso de haber estado en observación
- d. Copia de la Hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de todos los exámenes de apoyo diagnóstico en la Hoja de atención de urgencias o Epicrisis en caso de haber estado en observación
- f. Copia de Lista de precios de las tecnologías en salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

- g. Copia de la factura y/o detalle de cargos por el cobro al SOAT o a ADRES, en caso de accidente de tránsito
- h. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

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

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Copia del Resumen de atención o Epicrisis, cuando aplique
- e. Copia de la Hoja de administración de medicamentos
- f. Interpretación de todos los exámenes de apoyo diagnóstico, en la Epicrisis
- g. Copia de la Descripción quirúrgica, si aplica
- h. Copia del Registro de anestesia, si aplica
- i. Copia de la Lista de precios si se trata de dispositivos médicos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades
- j. Copia de la factura o detalle de cargos por el cobro al SOAT o a la ADRES, en caso de accidente de tránsito
- k. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

9. Traslado:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Copia de la Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Copia de la Hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- e. Copia de la Hoja de traslado o para transporte, el tiquete de transporte de pasajeros, reglamentado por la DIAN, de la empresa que presta el servicio según aplique
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

10. Honorarios profesionales:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Comprobante de recibido del usuario. Si aplica
- d. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- e. Registro de anestesia. Si aplica.
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

E. INTERVENCIONES INDIVIDUALES PARA LA PROMOCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN DE POBLACIÓN MATERNO PERINATAL Y CON CONDICIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES CARDIOVASCULARES Y METABÓLICAS, Y LAS DEMÁS CONDICIONES PRIORIZADAS

Independientemente de la modalidad de contratación y de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de la factura de venta es la entrega de los reportes normativos a partir de los cuales se genera información relacionada con las poblaciones mencionadas, según las resoluciones 4505 de 2012, 2463 de 2014, 273 de 2019 y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO No. 6

MANUAL ÚNICO DE DEVOLUCIONES, GLOSAS Y RESPUESTAS UNIFICACION

1. OBJETIVO

El objetivo del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de devoluciones y glosas, 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 y devoluciones.

2. DEFINICIONES Y LINEAMIENTOS

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

Acuse de recibido: Formalización a través de un registro (electrónico o físico según corresponda) emitido por la entidad responsable de pago o un prestador de servicios de salud, según aplique, para lo relacionado con el trámite del pago de las facturas de prestación de servicios y tecnologías en salud, que da cuenta de lo remitido y recibido, y que contiene mínimo el número de la factura que afecta, el número y nombre de los archivos involucrados de los soportes según lo establecido en la presente resolución o lo referente a la devolución, glosa o respuesta según la normativa vigente y de acuerdo con lo establecido entre las partes.

Autorización: Formalización a través de un registro (electrónico o físico según corresponda) por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios y tecnologías en salud requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud (PSS) y la entidad responsable del pago (ERP) según la normativa vigente.

Las autorizaciones pueden ser principales o adicionales: la autorización principal se refiere a la que se emite para soportar la razón fundamental de la atención; las adicionales, se refieren a los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de manejo de la condición principal.

El o los números de las respuestas de las autorizaciones se registrarán en la factura de venta y el PSS no enviará el documento de las mismas a la ERP porque ésta las emitió.

En el caso de Mipres el número de prescripción es el que se registra en la factura sin ningún otro requisito.

En el caso excepcional que la entidad responsable del pago no se pronuncie ante la solicitud de autorización dentro de los términos definidos en la normativa vigente, será suficiente soporte registrar el o los números de las solicitudes en la factura de venta y anexar la copia de la solicitud enviada a la dirección departamental, distrital o municipal según su competencia y la normativa vigente. La ERP no podrá glosar la factura en lo concerniente a esos servicios y tecnologías con solicitud de autorizaciones no respondidas en los términos normados. Lo anterior sin perjuicio de los acuerdos de voluntades en los que se haya pactado que no se necesita autorización para la prestación de los servicios y tecnologías en salud, en cuyo caso, no se registran el o los números de la autorización en la factura de venta.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

Cuando por error una autorización expedida y comunicada al prestador de servicios de salud deba ser anulada, la entidad responsable de pago deberá informar al prestador sobre la anulación dentro del día hábil siguiente a la comunicación y no podrá glosar la factura en lo concerniente a esos servicios y tecnologías en salud anuladas cuando no se pronuncie dentro de dicho término. En ningún caso podrá anularse autorizaciones de procedimientos hospitalarios realizados o que se encuentren en curso.

Devolución: No conformidad que afecta el valor total de la factura de venta por prestación de servicios y tecnologías de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar de la misma, que impide efectuar su pago.

Las causales de devolución son taxativas e implican falta de competencia para el pago cuando: El usuario o servicio corresponde a otro responsable del pago, el profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable del pago, factura ya pagada o servicios y tecnologías en salud ya facturados y la no radicación de los soportes, vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución.

La devolución es un proceso que puede darse de manera previa a la radicación en la medida en que al enviarse una Factura Electrónica cuyos soportes estén pendientes de entrega (requisito para radicación de la factura), la ERP puede realizar validaciones que permitan hacer devolución de dicha factura por las siguientes 3 razones específicas:

1. El usuario o servicio corresponde a otro responsable del pago
2. El profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable del pago
3. Factura ya pagada o servicios y tecnologías en salud ya facturados

En caso de que sea justificada la causa de devolución, el prestador de servicios de salud en su calidad de facturador expedirá la correspondiente nota crédito por el 100%. En caso de ser injustificada la devolución, el prestador de servicios de salud debe aclarar dentro del mismo plazo que tiene para radicar los soportes.

Cumplido el término para la radicación de los soportes, esto es los treinta (30) días, sin que éstos se hubieran allegado, la ERP formulará y comunicará la devolución por la causal "No radicación de los soportes, vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución"

Si la factura ha sido radicada con sus soportes, al trámite de devoluciones y glosas le aplica los términos contenidos en el artículo 57 de la Ley 1438 del 2011.

Cuando se formule y comunique la devolución, la entidad responsable del pago deberá informar por una única vez todas las causales de devolución y glosas, especificando el detalle y complemento necesario según el motivo, que permita al prestador de servicios de salud no tener duda sobre lo que se debe subsanar, en el caso de que sea posible, la comunicación deberá ser enviada en medios diferentes al físico, excepto cuando éste sea plan de contingencia. El prestador de servicios de salud deberá emitir acuse de recibido y remitirlo por el mismo medio que recibió la comunicación.

Glosa: 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 con los soportes de la factura, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

El trámite de glosas está definido en el artículo 57 de la Ley 1438 del 2011. Cuando se formule y comunique la glosa, la entidad responsable del pago deberá informar todas las causales de las glosas y aclarará lo glosado con el detalle y complemento necesario según el motivo, que permita al prestador de servicios de salud no tener duda sobre lo que se

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

debe subsanar, en el caso de que sea posible, y la comunicación deberá ser enviada en medios diferentes al físico, excepto cuando éste sea plan de contingencia. El prestador de servicios de salud deberá emitir acuse de recibido y remitirlo por el mismo medio que recibió la comunicación.

Recibo de pago compartido: Formalización a través de la expedición de una factura de venta o el documento equivalente Tiquete de máquina registradora con sistemas P.O.S (*Point of Sales*) de los copagos, las cuotas moderadoras o de recuperación pagadas por el usuario a la entidad responsable del pago o al prestador de servicios de salud, según aplique. Aplica para los pagos compartidos (vales, bonos o vouchers) de medicina prepagada, seguros de salud y planes complementarios en salud.

Cuando por acuerdo entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, el prestador haya efectuado el cobro del copago o de la cuota moderadora o de recuperación al usuario, es decir, un recaudo a favor de terceros; no se requiere el envío de la formalización porque su valor se registrará en la factura de venta y sólo se estará cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar menos el valor pagado por el usuario al prestador.

Radicación: acto por el cual un prestador de servicios de salud o una entidad responsable de pago suministra al otro, presenta o entrega en medio electrónico o físico, documentos relacionados con el trámite de pago de los servicios y tecnologías en salud, como los soportes de la factura de venta, las devoluciones, glosas y respuestas, y en contrapartida por la entrega, se expide un acuse de recibido.

Respuestas a glosas y devoluciones: corresponde al pronunciamiento que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago. En todo caso, la respuesta debe ser formulada y comunicada a través del mismo medio por el que recibió la comunicación de la glosa o la devolución.

3. COMPONENTES

3.1. 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	Específico
6	53

3.2. CONCEPTOS GENERALES

El primer dígito define el concepto general, los seis primeros son causas de glosas y corresponden a facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura, pertinencia, el siguiente concepto son las causas de las devoluciones y el último corresponde a las respuestas a glosas y devoluciones. A continuación, la Tabla No.1 con la numeración y aplicación de cada uno de los conceptos generales:

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar los servicios y tecnologías prestadas con los servicios y tecnologías facturadas, según sus catálogos y cantidades, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se restan en la factura (copagos, cuotas moderadoras u otros) a pesar de ser considerados como parte del pago, cuando exista un recaudo efectivo de su valor según acuerdo de voluntades, o cuando sucedan 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 y tecnologías 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 y tecnologías con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes remitidas a la entidad responsable de pago por los medios definidos en el artículo 10 de la Resolución 3047 del 2008, sobre las cuales no obtiene respuesta en los términos establecidos en la normativa vigente. Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término establecido en la presente Resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías que no están incluidos en la respectiva cobertura (plan de beneficios en salud del sistema de salud, plan complementario en salud, plan de medicina prepaga, pólizas SOAT, prestaciones asistenciales de la ARL o pólizas de salud), 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 epicrisis, o la consulta de la historia clínica según lo establecido en la normativa vigente, y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, acorde con la Resolución 3100 del 2019 la que la modifique, adicione o sustituya, 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 el documento médico o paramédico relacionado con la atención prestada.
8	Devoluciones	Las causales de devolución son taxativas e implican falta de competencia para el pago cuando: <ul style="list-style-type: none"> . El usuario o servicio corresponde a otro responsable del pago. . El profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable del pago.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

		<ul style="list-style-type: none"> . Factura ya pagada o servicios y tecnologías en salud ya facturados. . La no radicación de los soportes vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución. <p>No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un usuario o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.</p> <p>La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las causales de la misma.</p>
9	Respuestas a devoluciones o glosas	<p>Las respuestas son taxativas así:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Glosa o devolución extemporánea . Glosa o devolución injustificada . No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) . Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada) . Subsanada (Glosa No Aceptada)

3.3. CONCEPTOS ESPECIFICOS

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, dispositivos médicos e insumos, 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. A continuación, la Tabla No.2 con la numeración y su concepto general:

Tabla No. 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	Dispositivos médicos e insumos
07	Medicamentos
08	Apoyo diagnóstico
09	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)
10	Servicio o tecnología incluida en conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo
11	Servicio o tecnología incluida en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado presupuesto máximo, eventos no asegurados por el SOAT o por vehículo no identificados a cargo de las EPS/EOC, recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
14	Diferencia en suma de conceptos facturados frente a los soportes
16	Usuario o servicio corresponde a otro responsable
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

21	Autorización principal
22	Respuesta a glosa o devolución extemporánea
23	Procedimiento o actividad
25	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Servicio o tecnología en salud pagada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
32	Detalle de cargos
34	Resumen de atención, epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
36	Copia de factura y/o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Traslado o transporte
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 de la ADRES
47	Faltan soportes de los servicios y tecnologías en salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
48	Informe atención de urgencias
50	Factura ya pagada o servicios y tecnologías en salud ya facturados
51	Ajuste 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	Incumplimiento de la cobertura, resolutivez y oportunidad de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social
55	Registro Individual de Prestaciones en Salud
56	No radicación de los soportes, vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución

Respuestas de glosa o devolución

95	Glosas o devoluciones extemporánea
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ¹
98	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

En la Tabla No. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

Tabla No. 3. Código de Glosa

¹ Circular 035 de 2000. Contaduría General de la Nación.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

General	Especif.	Descripción
---------	----------	-------------

Facturación

	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico
	09	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)
	10	Servicio o tecnología incluida en conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo
	11	Servicio o tecnología incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
1	13	Facturar por separado presupuesto máximo, eventos no asegurados por el SOAT o por vehículo no identificados a cargo de las EPS/EOC, recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
	14	Diferencia en suma de conceptos facturados frente a los soportes
	16	Usuario o servicio corresponde a otro responsable
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Respuesta a glosa o devolución extemporánea
	23	Procedimiento o actividad
	25	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Servicio o tecnología en salud pagada al prestador de servicios de salud
	51	Ajuste en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
	52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
	54	Incumplimiento de la cobertura, resolutivez y oportunidad de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social

Tarifas

	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
2	06	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico
	09	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados

Soportes

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

3	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	06	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico
	09	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)
	20	Recibo de pago compartido
	21	Autorización principal
	30	Autorización de servicios adicional
	32	Detalle de cargos
	34	Resumen de atención o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	36	Copia de factura y/o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
	37	Orden o fórmula médica
	38	Traslado o transporte
	39	Comprobante de recibido del usuario
	40	Registro de anestesia
	41	Descripción quirúrgica
	42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida	
47	Faltan soportes de los servicios y tecnologías en salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL	
48	Informe atención de urgencias	
55	Registro Individual de Prestaciones en Salud	
Autorización		
4	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Autorización honorarios médicos en procedimientos
	06	Dispositivos médicos e insumos
	08	Apoyo diagnóstico
	23	Procedimiento o actividad
	30	Autorización de servicios adicionales
	38	Traslado o transporte
43	Orden o autorización de servicios vencida	
44	Profesional que ordena no adscrito	
Coberturas		
5	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico
	23	Procedimiento o actividad
27	Servicio o procedimiento incluido en otro	
45	Servicio no pactado	
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o de la ADRES	
Pertinencia		
6	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médica
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

23	Procedimiento o actividad
53	Urgencia no pertinente

Devoluciones

8	16	Usuario o servicio corresponde a otro responsable
	44	Profesional que ordena no adscrito
	50	Factura ya pagada o servicios y tecnologías ya facturadas
	56	No radicación de los soportes, vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución

Respuestas a Glosas o Devoluciones

9	95	Glosa o devolución extemporánea
	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ²
	98	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa no aceptada)

3.4. MANUAL DE USO

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

1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar los servicios y tecnologías prestadas con los servicios y tecnologías facturadas, según sus catálogos y cantidades, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se restan en la factura (copagos, cuotas moderadoras u otros) a pesar de ser considerados como parte del pago, cuando exista un recaudo efectivo de su valor según acuerdo de voluntades, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente Manual.

También se aplica en los contratos por capitación para el caso de reducción del valor por concepto de ajuste por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se resta por incumplimiento de la cobertura, resolutiveidad y oportunidad por persona pactadas en el contrato por capitación. También se aplica cuando la factura contenga servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago o cuando los mismos servicios de salud se encuentran contenidos en otra factura previamente enviada y la entidad responsable del pago no se ha pronunciado, ni pagado.

101	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 post-quirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

² Circular 035 de 2000. Contaduría General de la Nación.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

103	Honorarios médicos en procedimientos	<p>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 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	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	Dispositivos médicos e insumos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran dispositivos médicos e insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo quirúrgicos o atención agrupada. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en dispositivos médicos e insumos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	Apoyo diagnóstico	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por apoyo diagnóstico (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 apoyos diagnósticos incluidas uno en otro.
109	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)	<p>Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por conjunto integral de atenciones, paquete, canasta o grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo.</p>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

110	Servicio o tecnología incluida en conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención por agrupado de acuerdo con lo pactado.
111	Servicio o tecnología 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 tecnologías en salud 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 de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	Facturar por separado presupuesto máximo, eventos no asegurados por el SOAT o por vehículo no identificados a cargo de las EPS/EOC, recobros a cargo de la ADRES o de la ARL	Aplica cuando el prestador de servicios de salud en una misma factura, registra servicios y tecnologías en salud que deben ser facturados en forma independiente, como: 1. Presupuesto máximo 2. Eventos no asegurados por el SOAT o por vehículo no identificados 3. Accidentes de trabajo o enfermedad laboral a cargo de la ARL 4. Recobro a cargo de la ADRES
114	Diferencia en suma de conceptos facturados frente a los soportes	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias en los valores origen de los subtotales o el total de los servicios detallados en los soportes.
116	Usuario o servicio corresponde a otro responsable	Se utiliza cuando la factura incluye varios usuarios y es de trámite parcial. Aplica cuando en la factura se relacionan: 1. Uno o varios usuarios que en el momento de la prestación del servicio corresponden a otra entidad responsable. 2. Uno o varios servicios corresponden a otra entidad responsable. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación de la Planilla de Afiliación o el comprobante de descuento por parte del empleador. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (Plan de Beneficios en Salud, medicina prepagada, planes complementarios o seguros de vida) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
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 cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que por acuerdo de voluntades efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de bonos, vouchers o vales que por acuerdo de voluntades efectúa el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

122	Respuesta a glosa o devolución extemporánea	Aplica cuando la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales.
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. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
125	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud	Aplica cuando: 1. Se factura por una finalidad diferente a aquellas que aplican en intervenciones para la promoción y el mantenimiento de la salud. 2. Se factura la actividad para la promoción y mantenimiento de la salud por fuera del paquete o cualquiera otra modalidad de contratación y de pago agrupado de servicios y tecnologías en salud, según acuerdo de voluntades. Nota: Lo anterior aplica de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3280 del 2018 o la que la modifique, adicione o sustituya.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura un servicio prestado por modalidad de contratación y de pago por servicio 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	Servicio o tecnología en salud pagada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio o tecnología en salud ya pagada por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes o servicios y se puede tramitar parcialmente.
151	Ajuste en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador	Aplica cuando se realizan ajustes 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 o remisión de la IPS contratista por 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 de la cobertura, resolutiveidad y oportunidad de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social	Aplica cuando: 1. Los reportes de información de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se envían en estructura diferente a las exigidas por la normativa vigente. 2. El prestador de servicios de salud incumple o no demuestra el cumplimiento de lo pactado en cobertura, oportunidad y resolutiveidad de las actividades obligatorias por persona para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido la Resolución 3280 del 2018 o la que la adicione, modifique o sustituya. Nota: En caso de ser pactadas por modalidad de contratación y de pago por capitación, el valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

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	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	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.
208	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo, 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.
-----	----------	--

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

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 los 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 los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
306	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando en la descripción quirúrgica o en otros procedimientos en salud no se registran los dispositivos médicos e insumos empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa. No aplica cuando el registro está en la Hoja de gastos de cirugía y se envía como soporte.
307	Medicamentos	Aplica cuando: 1. 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. 2. Existe inconsistencia en los contenidos de la factura frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.
308	Apoyo diagnóstico	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de apoyo diagnóstico que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención adicional por agrupado (Conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando: 1. Por acuerdo de voluntades, el recaudo de los copagos y las cuotas moderadoras o de recuperación, están a cargo del prestador de servicios de salud y hacen parte del pago a dicho prestador; sin embargo, no se hizo la resta del recaudo y se está cobrando el 100% de la factura. 2. Por acuerdo de voluntades para medicina prepagada, asegurador de salud y planes complementarios de salud, el recaudo de los bonos, vouchers o vales están a cargo del prestador de los servicios de salud y hacen parte del pago a dicho prestador; sin embargo, no se hizo la resta del recaudo y se está cobrando el 100% de la factura.
321	Autorización principal	Aplica como glosa total cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

		No aplica cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente y será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental, distrital o municipal de salud. No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.
330	Autorización de servicios adicional	Aplica cuando: 1. Se carece de autorización de servicios adicional. 2. La autorización no corresponde al prestador de servicios. 3. La autorización no corresponde al servicio prestado o facturado No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización.
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 anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
334	Resumen de atención, epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica como glosa total cuando: 1. No se anexa la epicrisis correspondiente a la factura de internación y/o procedimientos quirúrgicos, hospitalarios o ambulatorio, o en la atención de urgencias con observación. 2. No se anexa la hoja de atención de urgencias para el caso de facturas de atención de urgencias sin observación. 3. No se anexa la hoja de evolución o de consulta ambulatoria, según aplique. 4. No se anexa el odontograma, para el caso de facturas de atención odontológica.
336	Copia de factura y/o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito 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 o a la ADRES, cuando aplica, con sus respectivos detalles, con las que se cumple los topes de cobertura.
337	Orden o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Traslado o transporte	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado o en los documentos de soporte del transporte.
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 la prestación del servicio, de acuerdo con el Anexo Técnico No. 5 de la presente Resolución o la que lo modifique, adicione o sustituya.
340	Registro de anestesia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia del 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 del prestador de los medicamentos y dispositivos médicos 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.
347	Faltan soportes de los servicios y tecnologías en salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL	Aplica como glosa total cuando no se incluye en la factura los soportes de los servicios y tecnologías en salud para recobros a cargo de la ADRES, accidentes de trabajo o enfermedad profesional a cargo de la ARL, de conformidad con la normativa vigente.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

348	Informe atención de urgencias	<p>Aplica como glosa total cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos en la normativa vigente.</p> <p>No aplica en los casos en los que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló la solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención de urgencias.</p> <p>Tampoco aplica cuando la atención ha sido informada a la entidad responsable del pago, por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la normativa vigente.</p>
355	Registro Individual de Prestaciones de Servicios en Salud	<p>Aplica como glosa total cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe ausencia total o parcial de los RIPS. 2. El RIPS de la factura no pasa las reglas de validación del dato definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. El RIPS no representa la factura de venta de la cual son adjuntos. <p>No aplica cuando la entidad responsable de pago a adicionado reglas de validación diferentes a las definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>

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 remitidas a la entidad responsable de pago (ERP) o a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la ERP, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la normativa vigente.

401	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	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.
406	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los apoyos diagnósticos relacionados 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	<p>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 plan de manejo del evento principal o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la normativa vigente.</p> <p>No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de</p>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

		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 o transporte	Aplica cuando el traslado o transporte de pacientes, de acuerdo con la normativa vigente no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. No aplica en el caso de traslados de pacientes con patología de urgencias.
443	Orden o autorización de servicios vencida	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.

5. Cobertura

Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías que no están incluidos en la respectiva cobertura (plan de beneficios en salud del sistema de salud, plan complementario en salud, plan de medicina prepaga, pólizas SOAT, prestaciones asistenciales de la ARL o pólizas de salud), 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 la respectiva cobertura 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 la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en la respectiva cobertura 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 la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los apoyos diagnósticos relacionados y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidos en la respectiva cobertura 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 la respectiva cobertura o 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 del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o de la ADRES	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 SOAT o la ADRES.

6. Pertinencia

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

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.

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta 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 en procedimientos	Aplica cuando: 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	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o en los soportes de la factura, 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 en los soportes de la factura, no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o 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 el detalle de cargos y/o 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 el valor total de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide efectuar el pago de la misma. Las causales de devolución son taxativas, se refieren a falta de competencia para el pago cuando el usuario o servicio corresponde a otro responsable del pago, el profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable del pago, cuando la factura ya ha sido pagada o los servicios y tecnologías en salud ya facturados y la no radicación de los soportes vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución. 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

816	Usuario o servicios corresponde a otro responsable	Se refiere al momento en el que se realizó la prestación del servicio al usuario y el prestador hizo la verificación de los derechos del mismo y no a la fecha de expedición de la factura o presentación de los soportes, ni al momento en el que la entidad responsable de pago hace la revisión preliminar o la integral. Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago. 2. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio o tecnología en salud no hace parte del equipo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención de urgencias.
850	Factura ya pagada o servicios y tecnologías en salud ya facturados	Aplica cuando la factura contenga servicios o tecnologías en salud ya pagados al 100% por la entidad responsable del pago o cuando los mismos servicios o tecnologías en salud se encuentran contenidos en otra factura previamente enviada y la entidad responsable del pago no se ha pronunciado, ni pagado.
856	No radicación de los soportes, vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución	Aplica cuando el prestador de servicios de salud no radica los soportes, vencidos los treinta (30) días siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución.

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.
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 parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO No. 12

ENVIO Y RECEPCION EN MEDIO DIGITAL DE LOS SOPORTES DE LA FACTURA DE VENTA EN SALUD

1. Objetivo

Garantizar la adecuada presentación de los soportes de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud enviados por los prestadores de servicios de salud y recibidos por las entidades responsables de pago, en medio digital, a través de lineamientos técnicos, tecnológicos y operativos para los documentos e imágenes, así como la estandarización del formato digital de los mismos.

La factura electrónica de venta sujeta a lo normado por la DIAN y lo correspondiente al Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Normas generales del envío y recepción

Para el envío y la recepción de la factura de venta, las partes deben tener en cuenta:

1. La factura de venta, sea electrónica, de talonario o de papel, deberá cumplir con lo definido en el "Título VII. Características, Condiciones, Mecanismos Técnicos y Tecnológicos de los Sistemas de Facturación" de la Resolución 0042 del 2020 expedida por la DIAN o la que la modifique, adicione o sustituya, frente a los siguientes:
 - a. Capítulo I. Factura electrónica en venta:
 - i. Sección 5. Expedición de la factura electrónica de venta
 - ii. Sección 6. Notas débito, notas crédito que se derivan de la factura electrónica de venta
 - iii. Sección 7. Inconvenientes de tipo tecnológico relacionados con la factura electrónica de venta e instrumentos electrónicos derivados de la misma
 - b. Capítulo II. Inconvenientes de tipo tecnológico relacionados con la factura electrónica de venta e instrumentos electrónicos derivados de la misma:
 - i. Sección 1. Expedición y transmisión de la factura de venta de talonario o de papel y de los documentos equivalentes
 - ii. Sección 2. Características, condiciones, mecanismos técnicos y tecnológicos del tiquete de máquinas registradoras con sistemas P.O.S.
 - c. Capítulo III. Documento equivalente electrónico:
 - i. Sección 1. Expedición y transmisión de la información.
2. La factura electrónica de venta, las notas débito, notas crédito y demás documentos electrónicos objeto de validación conforme con la definición contenida en el Decreto 358 del 2020, numeral 12 del artículo 1.6.1.4.1., sin la validación, no producen efectos tributarios y, por lo tanto, la factura electrónica de venta no podrá ser expedida ni será considerada como documento soporte de costos, gastos, deducciones, descuentos, exenciones, pasivos, ni impuestos descontables.

La factura de venta electrónica es el documento legal, la representación gráfica es fiel reflejo de la misma; en consecuencia, únicamente se considera cumplido el deber formal de expedir factura electrónica de venta y tendrá reconocimiento para efectos tributarios, cuando a la factura de venta se adjunte el documento electrónico de validación firmado por la Unidad Administrativa de Impuestos y Aduanas - DIAN.

Para el envío y la recepción de los demás soportes de cobro de las prestaciones de servicios y tecnologías en salud, de los que trata el Anexo Técnico No. 5 de la presente Resolución o la que la modifique, adicione o sustituya, las partes deben definir uno de los siguientes:

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones”

1. Establecer los correos electrónicos para el envío y recepción de los soportes de la factura de venta, y otros documentos como el acuse de recibido y las comunicaciones de las devoluciones, glosas y respuestas, bien sea a través de los acuerdos de voluntades o el correo de recepción de los soportes de cobro puede ser el mismo de recepción de la factura de venta.

En todo caso, se deben enviar los archivos encriptados, con clave asimétrica tipo RSA válida tanto para cifrar como para firmar digitalmente.

Se deben enviar correos electrónicos de sitios seguros, con capacidad suficiente para el reporte de soportes de gran tamaño y propender por el cuidado y protección de las cuentas de donde se generarán los correos, empleando contraseñas con un grado de complejidad alto.

2. Establecer las plataformas o portales de transacción para la presentación de los soportes de la factura de venta, y otros documentos como el acuse de recibido y las comunicaciones de las devoluciones, glosas y respuestas, a través de los acuerdos de voluntades.
3. Se debe generar un acuse de recibido cuando:
 - a. La factura de venta, notas crédito, débito y demás documentos electrónicos, el archivo de validación previa de la DIAN, y si las partes tienen convenido, la representación gráfica.
 - b. Los soportes correspondientes a la factura de venta.
 - c. La formulación y comunicación de las devoluciones, glosas y respuestas.

3. Normas generales de los archivos:

1. Los soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías en salud son los establecidos en el Anexo Técnico No. 5 de la presente Resolución.
2. El soporte de cobro número 1 del Anexo Técnico No. 5 es la factura de venta en cumplimiento de lo normado por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. El soporte de cobro número 15 del Anexo Técnico No. 5 es el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000 o la que la modifique, adicione o sustituya.
4. Cada uno de los archivos de los soportes de factura de venta se deben digitalizar de manera independiente, en archivo con formato PDF.
5. Las características técnicas de los soportes de factura de venta cuando son documentos en archivos PDF deben ser nombrados con la siguiente estructura:

No.	NOMBRE DEL SOPORTE	ABREVIATURA	NÚMERO FACTURA (incluye Prefijo)	NOMBRE DEL ARCHIVO
1	Detalle de cargos	DTC_	Alfanumérico	DTC_A999999999.pdf
2	Epicrisis	EPI_	Alfanumérico	EPI_A999999999.pdf
3	Hoja de evolución	HEV_	Alfanumérico	HEV_A999999999.pdf
4	Hoja de consulta	HCO_	Alfanumérico	HCO_A999999999.pdf
5	Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico	EDX_	Alfanumérico	EDX_A999999999.pdf
6	Descripción quirúrgica	DQX_	Alfanumérico	DQX_A999999999.pdf

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

No.	NOMBRE DEL SOPORTE	ABREVIATURA	NÚMERO FACTURA (incluye Prefijo)	NOMBRE DEL ARCHIVO
7	Registro de anestesia	RAN_	Alfanumérico	RAN_A999999999.pdf
8	Comprobante de recibido	CRC_	Alfanumérico	CRC_A999999999.pdf
9	Hoja de traslado	HTL_	Alfanumérico	HTL_A999999999.pdf
10	Vales, tiquetes o carta	VTC_	Alfanumérico	VTC_A999999999.pdf
11	Factura por el cobro por accidente de tránsito	FAT_	Alfanumérico	FAT_A999999999.pdf
12	Orden y/o fórmula médica	OMD_	Alfanumérico	OMD_A999999999.pdf
13	Lista de precios	LDP_	Alfanumérico	LDP_A999999999.pdf
14	Hoja de atención de urgencias	HAU_	Alfanumérico	HAU_A999999999.pdf
15	Odontograma	ODN_	Alfanumérico	ODN_A999999999.pdf
16	Hoja de administración de medicamentos	HAM_	Alfanumérico	HAM_A999999999.pdf

Nota: En caso de accidentes de tránsito financiados por las aseguradoras SOAT o la ADRES, si se requirió material de osteosíntesis se deberá enviar la factura del proveedor.

6. Características de la digitalización:

- a. Escala. Los documentos deben estar digitalizados en la escala más básica de blanco y negro para texto.
- b. Resolución de la imagen. Digitalización con una resolución de 300 dpi en escala básica de blanco y negro.
- c. Tipo Archivo. El formato del archivo para digitalización debe ser PDF.

7. Compresión de archivos PDF: No comprimir carpetas con la totalidad de los archivos asociadas a las facturas, se debe generar Archivo .ZIP, se deben seleccionar todos los archivos y comprimir.

8. Peso máximo es de 1GB.

9. Plan de contingencia: en los acuerdos de voluntades debe quedar explícito el plan de contingencia.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones"

TABLA DE SOPORTES Y CÓDIGOS ELIMINADOS

Para comprensión y facilidad de los agentes se presenta la siguiente tabla con los Soportes y códigos de las causas del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas eliminados:

SOPORTE ELIMINADO	ARGUMENTACION
Historia clínica	La Resolución 1995 de 1999 indica que la Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. La Ley 2015 de 2020 reitera que los prestadores de servicios de salud, tienen la responsabilidad de la guarda y custodia de las historias clínicas de las personas. De conformidad con lo establecido frente al <i>Hábeas data</i> , la historia clínica únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Ajuste de la epicrisis mediante la definición de su contenido para lo requerido en el campo de aplicación de la Resolución 3047 del 2008 o la que la modifique, adicione o sustituya.
Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT)	La Resolución 156 del 2005, modificada por la Resolución 2851 de 2015 del Ministerio de Trabajo, definió que el empleador o contratante tiene la responsabilidad de la notificación de la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad laboral a la entidad promotora de salud a la que se encuentre afiliado el trabajador y a la correspondiente administradora de riesgos laborales en los formatos establecidos para tal fin.

CODIGO ELIMINADO	CAUSA DE DEVOLUCIÓN O GLOSA ELIMINADA	ARGUMENTACIÓN
115	Datos insuficientes del usuario	Se eliminó por estar incluidos en los datos adicionales del sector salud en la factura electrónica de venta, normada por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social
117/817	Usuario retirado o moroso	Se incluyó en la causa 116 y 816. Usuario o servicio corresponde a otro responsable
118	Valor en letras diferentes a valor en números	Se eliminó por lo normado por la DIAN en la factura electrónica
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Se eliminó por ajuste de la factura electrónica de venta
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Se incluyó en la causa 320. Recibo de pago compartido
333	Copia de historia clínica completa	Se eliminó como soporte de cobro por razones normativas, por ende, como causa de glosa por soporte
335	Formato ATEP	Se eliminó como soporte de cobro por razones normativas, por ende, como causa de glosa por soporte
849	Factura no cumple requisitos legales	Se eliminó por ajuste de la factura electrónica de venta