



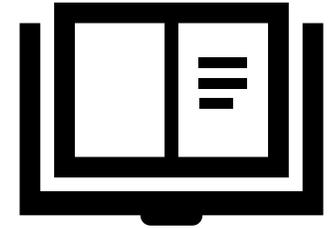
Socialización
Resoluciones reglamentarias
Decreto 441 de 2022

Objetivo



Socializar el contenido de las Resoluciones 2284 y 2335 de 2023 modificadas por las Resoluciones 627 y 636 de 2024

Agenda Temática



Contexto Decreto 441 de 2022

Resolución 2335 de 2023

Resolución 2284 de 2023

Sesión Preguntas y Respuestas

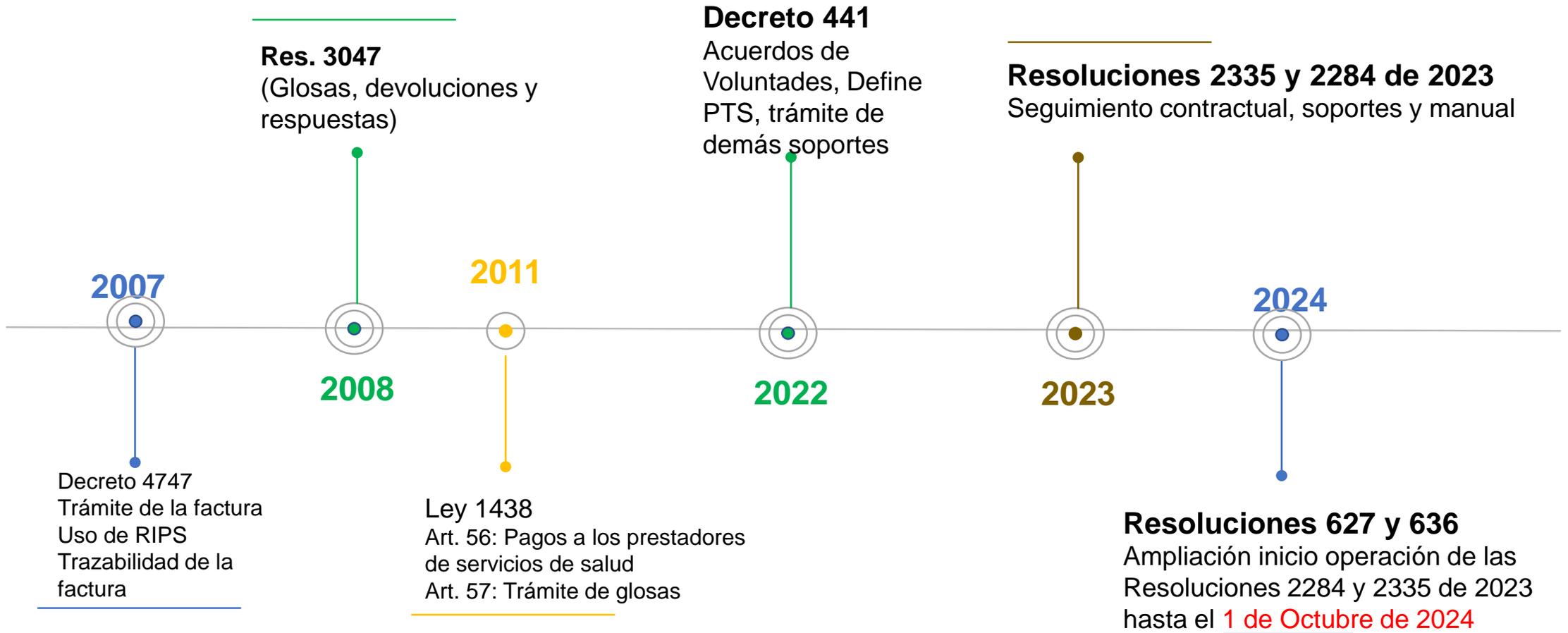
Decreto 441 de 2022

Contextualización

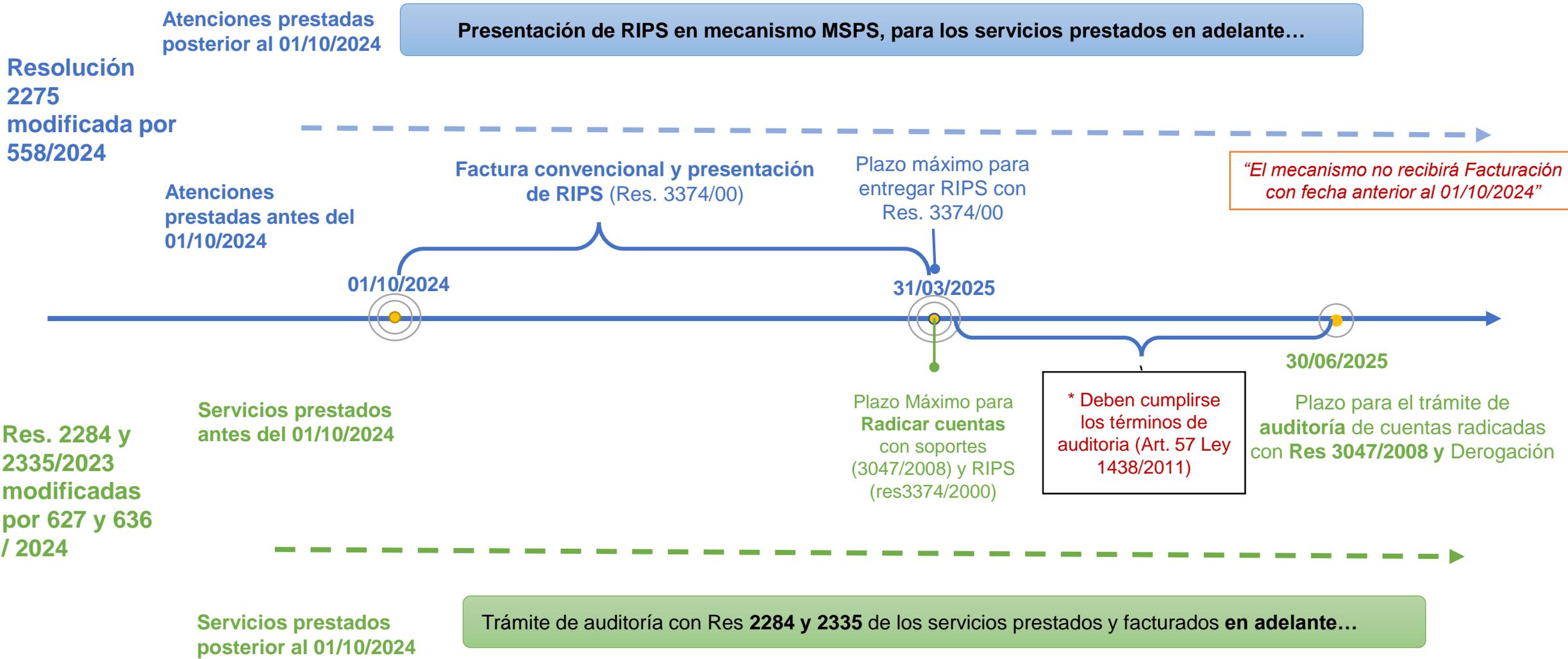


NORMATIVIDAD

LINEA DE TIEMPO: RELACIÓN CONTRACTUAL



Tiempos para la implementación de la reglamentación y, derogatoria Res. 3047/2008





Campo de aplicación



Aspectos generales del Decreto 441/22

01

Obligatoriedad de cumplimiento para los **proveedores de tecnologías en salud**

02

Actualización de elementos para la negociación por actor

03

Estandarización de los contenidos mínimos de los acuerdos

04

Reglas para la **renovación automática y liquidación** de los acuerdos

05

Estandarización de las definiciones clave para el sector

06

Definición de características de las modalidades de pago

07

Obligatoriedad de la **Nota técnica y mecanismos de ajuste de riesgo**

08

Seguimiento a los acuerdos con **indicadores de calidad, gestión y resultados**

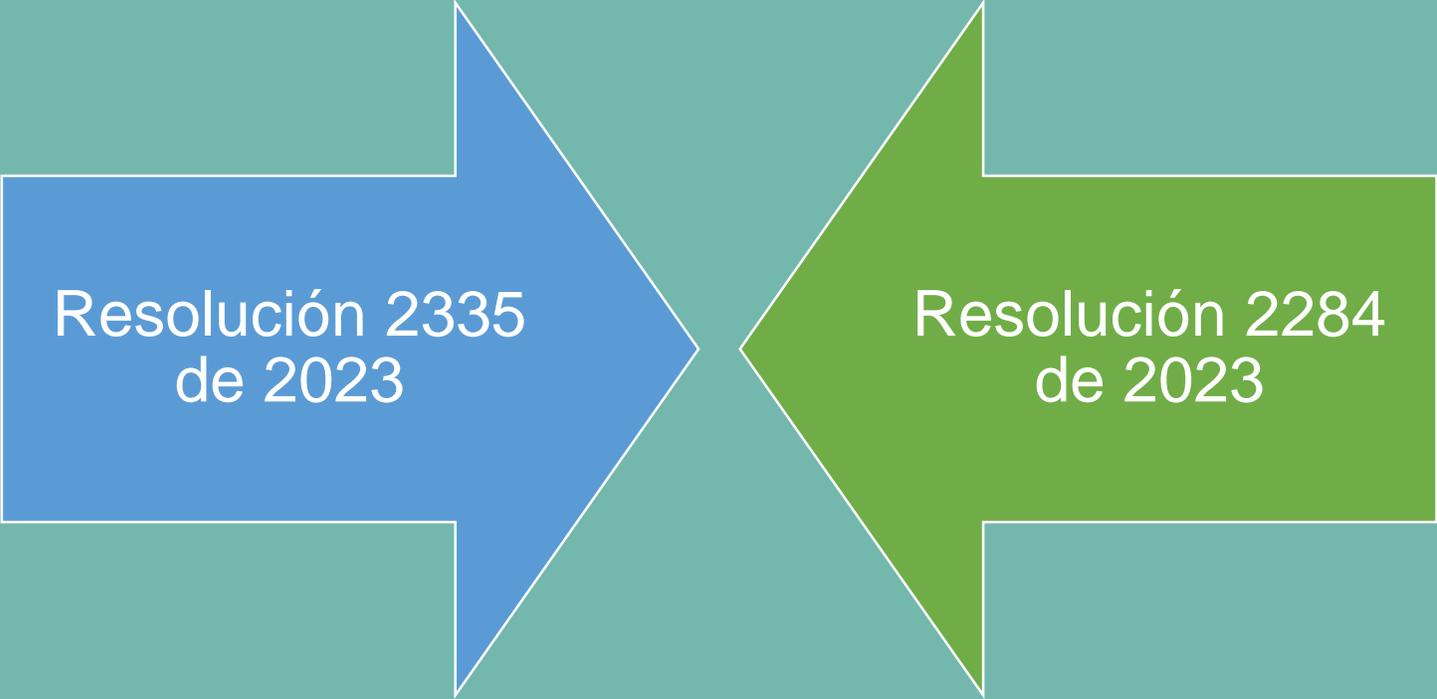
09

Disposición y transparencia en la **información relacionada con la población y los servicios y tecnologías incluidos**

10

Uso de **incentivos económicos y no económicos para reconocimiento a la gestión de PSS y PTS**

Resoluciones reglamentarias del Decreto 441 de 2022



Resolución 2335
de 2023

Resolución 2284
de 2023

Resolución 2335 de 2023

“Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones”

Contenido:



Generalidades:
Objeto y Campo de aplicación



Seguimiento:
Elementos para la definición, Criterios para el seguimiento y Circunstancias para los ajustes de riesgo



Disposiciones Finales

Comunicación entre PSS, PTS y ERP: Canales de información, Entrega y actualización de información.



Comunicación con las personas: Actualización de datos, Información que se debe publicar y canales.

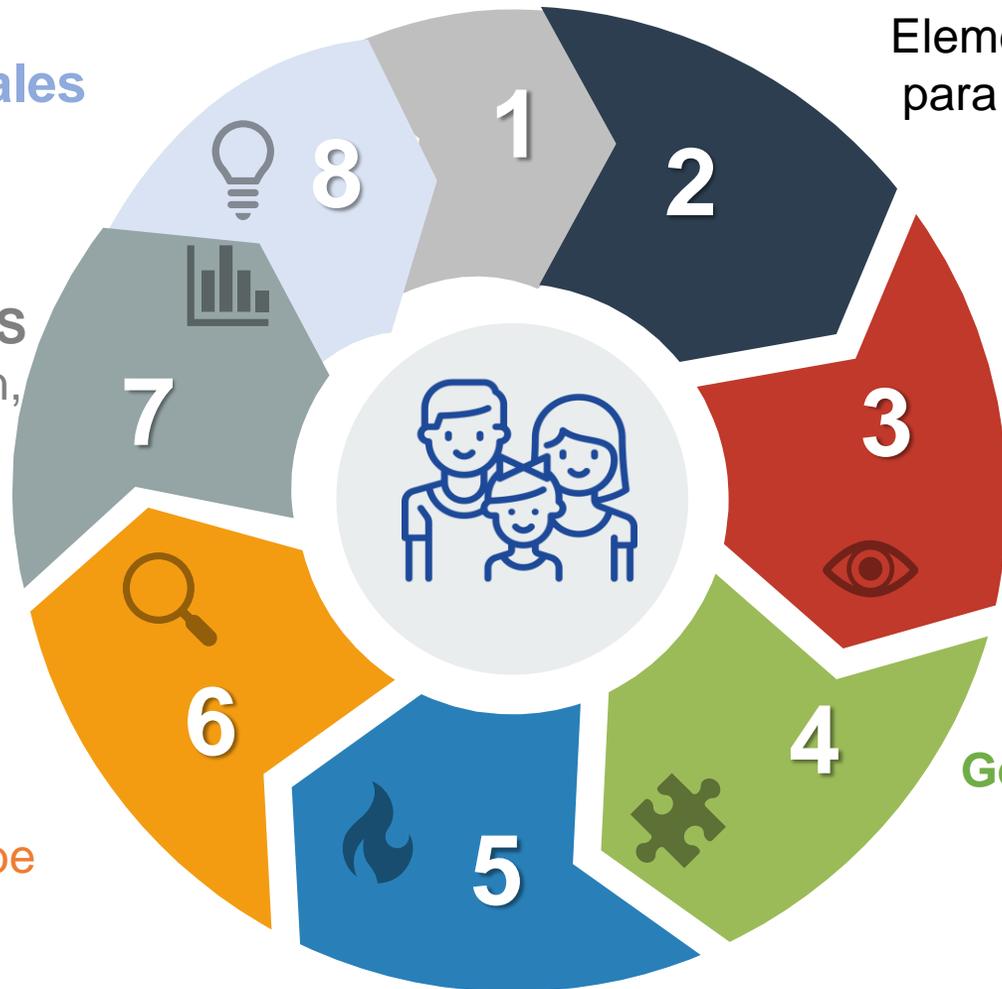


Proceso de Referencia y Contrarreferencia



Proceso administrativo atenciones sin autorización e informe de atención de urgencias

Gestión entre el PSS y la ERP para las autorizaciones



Elementos para la definición, seguimiento y evaluación de indicadores



Selección de indicadores:

Concertada entre las partes



Basados en la normatividad y lineamientos técnicos y las guías de práctica clínica



Definir base poblacional y línea de base a partir de la **caracterización de la población** o el **ASIS**



Definición de la periodicidad de la medición:

Cuantificar y Cualificar los avances registrados durante el término de ejecución del acuerdo.

Registro de información de identificación, de programación y seguimiento:

1. Ficha técnica
2. Programación y seguimiento



Crterios para el seguimiento

Proceso conjunto de evaluación y mejora continua

evaluación técnica, operativa y financiera de los indicadores seleccionados.

Metodología para evaluar frecuencias mínimas o periodicidad por persona

Determinar %, nivel o rangos de cumplimiento

Priorizar la evaluación de los indicadores de mayor interés territorial

Evaluar la existencia de factores que no sean del alcance y gestión por parte del prestador o proveedor

Incluir seguimiento a las acciones administrativas (Facturación, gestión de cuentas médicas, Referencia y contrarreferencia, atención con y sin mediación de la autorización)

Definir incentivos y porcentajes de glosa por incumplimientos

Circunstancias a contemplar en los mecanismos de ajuste de riesgo

Cuando la población aumente o disminuya
(Asignación de afiliados)

Cuando la población o las frecuencias se afecten por ajustes en la red integral e integrada de salud.

Cuando exista variación en el perfil de morbilidad frente a la caracterización poblacional

Cuando se requiera la priorización de los servicios y tecnologías en salud, en respuesta a indicadores priorizados de salud pública y atención primaria en salud.

Cuando exista un incremento en la incidencia de condiciones crónicas o de alto costo.

Cuando en el resultado del seguimiento del acuerdo de voluntades, se evidencien cambios en las frecuencias de uso o en los costos de prestación o provisión

Cuando se presenten eventos imprevisibles, irresistibles y ajenos, fuerza mayor o caso fortuito

Proceso administrativo para las atenciones sin autorización

Por parte del Prestador:



- Notificación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, informe de atención de urgencias, o aquellos que las partes hayan pactado cuando se trate de otros eventos,
- Información periódica a la ERP. Las partes establecerán los instrumentos, contenidos y periodicidad con que debe hacerse.

Por parte del Proveedor

Información periódica a la entidad responsable de pago del suministro de la tecnología prescrita por el prestador.



Por parte de la ERP:



- Definición del prestador o del proveedor, para la atención integral de la persona, determinando la **continuidad** en el prestador que está realizando la atención **sin autorización** o la remisión a otro prestador según las condiciones de salud de la persona.
- Gestión administrativa y evaluación de la calidad de la atención brindada al paciente.
- Consolidación de la información, que permita el monitoreo a las atenciones sin autorización.

Gestión del informe de atención de urgencias

- Uso de los campos de datos del Anexo Técnico **No. 1**.
- Enviado a través de los medios de transferencia de información y canales transaccionales
 - Cuando el prestador no pueda identificar a la persona, deberá enviar el **informe de atención de urgencias** a la secretaria de salud departamental, distrital o municipal de su jurisdicción o a la entidad que haga sus veces, y una vez sea identificada la persona y la ERP, el prestador allegará el soporte de envío del informe de atención de urgencias.
- **Afiliación de oficio:** De determinarse que la persona no se encuentra afiliada



Gestión de la autorización para servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario

Uso de los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1. Dentro de las 4 horas siguientes a la finalización de la atención de urgencias.

Respuesta por la ERP con uso del Anexo 1, dentro de las 2 horas siguientes al recibo de la solicitud.

Si requiere información clínica adicional, deberá solicitarla dentro de las 2 horas siguientes a la recepción de la solicitud de autorización, y el Prestador dispondrá de 2 horas para dar respuesta.

Recibida la información adicional, la ERP deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.

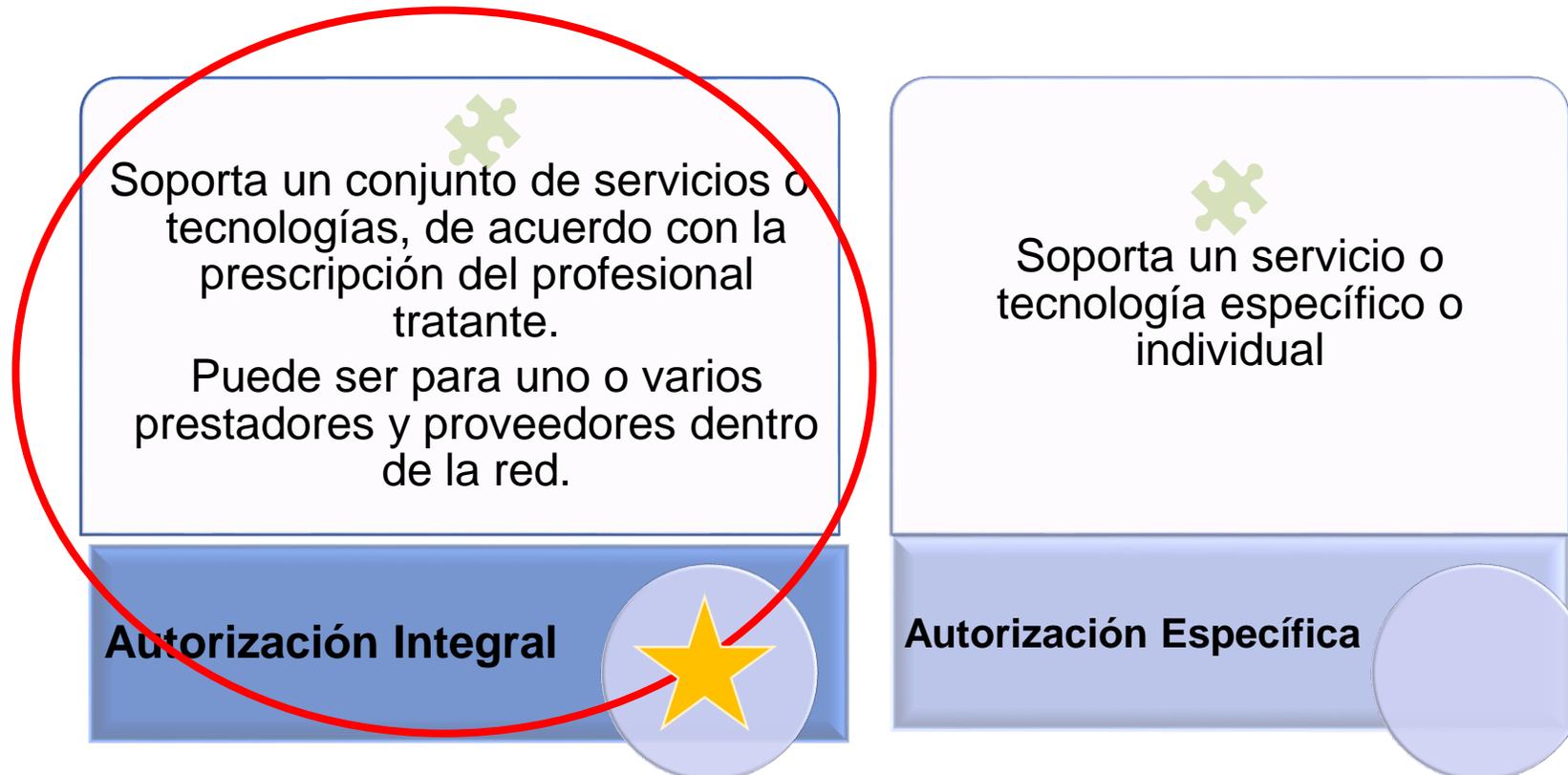
Si la ERP no responde el prestador continuará la atención y facturará anexando evidencia del envío de la solicitud

Cuando la ERP considere que el servicio pudiera prestarse por otro prestador, realizará la referencia y contrarreferencia, Efectuando traslado efectivo dentro de las **12 horas** posteriores a su solicitud, siempre que no se ponga en riesgo la vida e integridad de la persona, según concepto del profesional tratante.

El silencio por parte del prestador no exime a la ERP de la obligación frente a la gestión en salud de la persona, por lo que deberá adelantar la **referencia** de modo que se garantice la calidad y oportunidad en la atención de su afiliado.

Gestión de la autorización para servicios en atención electiva o programable ambulatorio u hospitalario

- ✓ Uso del **Anexo No. 1**, sin que este trámite pueda ser trasladado al paciente o acudiente.
- ✓ **Servicios electivos:** Aquellos servicios en salud que se pueden prestar de manera programada, prioritarios o no prioritarios, según criterio del profesional tratante.



Gestión de la autorización para servicios en atención electiva o programable ambulatorio u hospitalario

Atención prioritaria y en poblaciones especiales

1. El prestador solicita la autorización usando el Anexo 1
2. La ERP dentro de los **2 días** calendario autorizará los servicios o tecnologías. Y, deberá comunicarle a la persona y al prestador autorizado y al solicitante.

Atención no prioritaria:

1. Prescritos los servicios y tecnologías en salud, el prestador deberá solicitará de autorización usando el Anexo 1.
2. La ERP dentro de los **5 días** calendario definirá el prestador proveedor; y, deberá comunicarle a la persona.

- Si la ERP no responde y el prestador cuenta con el servicio requerido habilitado, prestará la atención y facturará anexando la evidencia del envío de la solicitud.
- De no contar con el servicio requerido habilitado o la capacidad disponible para responder a la atención, el prestador realizará la referencia y contrarreferencia.

Vigencia de las autorizaciones y formulas médicas

- Servicios y tecnologías en salud posteriores a la atención de urgencia sin egreso hospitalario:

(48) horas

contadas desde la recepción de la autorización o el vencimiento del término para la respuesta por parte de la entidad responsable de pago

Autorizaciones integrales:

la vigencia será aquella que determine la ERP al momento de expedirlas.

Prorrogable por un tiempo equivalente ante situaciones operativas que le imposibilitaron al prestador de servicios de salud su realización durante la vigencia inicial (sin que constituya una práctica reiterada e injustificada)

➤ Servicios y tecnologías en servicios de salud electivos:

60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición
Salvo para los siguientes casos:

El oxígeno domiciliario y los dispositivos relacionados con la atención para personas con condiciones crónicas se expedirá por una única vez y mantendrá su vigencia hasta tanto el profesional tratante disponga que no se requiere.

Para personas con condiciones de salud crónicas con manejo farmacológico, las ERP garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a **90 días calendario** con entregas no inferiores a 1 mes.

En los acuerdos de voluntades, las partes podrán establecer vigencias superiores a un mes para la entrega de medicamentos en personas con determinadas condiciones de salud y dificultades de accesibilidad geográfica, con el fin de optimizar trámites administrativos

Proceso de Referencia

- Uso de los campos de datos del Anexo 1.
- Enviado a través de los medios de transferencia de información y canales transaccionales

- Tiempos de respuesta de la ERP

1. *En urgencias: máximo dos 2 horas*
2. *En atención prioritaria: máximo 12 horas*
3. *En servicios electivos o programables: máximo 5 días calendario*

- ✓ Recibida la solicitud, la **ERP** definirá el prestador receptor dentro de su red o por fuera de esta si no hay disponibilidad, con copia al prestador solicitante, e informará a la persona
- ✓ Cuando la ERP no dé respuesta, el prestador deberá informar al CRUE, para que asigne el **prestador y el servicio de transporte asistencial.**

En estos casos, el prestador deberá informarle al prestador receptor y a la ERP, sin que haya lugar a glosar.

Proceso de Contrarreferencia

- ❖ Cuando el prestador receptor considere que la persona puede continuar su manejo en el prestador remitente o en otro prestador con servicios de menor complejidad, deberá enviar la solicitud de **contrarreferencia** a la ERP, usando el Anexo 1 y, adjuntar copia de la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias.
- ❖ En los casos que, en el marco de la referencia y acorde con la condición de salud del paciente, el prestador receptor esté ubicado en un municipio diferente al municipio de residencia del paciente, una vez concluida la atención **por la cual se originó la referencia**, la ERP deberá iniciar la contrarreferencia al prestador que realizó la remisión inicial o a un prestador en el municipio de residencia de la persona que pueda dar **continuidad** al manejo clínico instaurado.

Actualización de datos de contacto de la persona



- La ERP es la responsable de la actualización de los datos de contacto de la persona en las bases de datos a su cargo
- Los prestadores y los proveedores utilizarán los campos del Anexo 1.
- Cada vez que la persona de manera directa o a quien ella autorice, entre en contacto con los servicios y tecnologías en salud, los prestadores y proveedores deberán actualizar los datos de contacto, **sin que este trámite se constituya en una barrera para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud.**
- **En la atención de urgencias, la actualización de datos será posterior a la atención.**

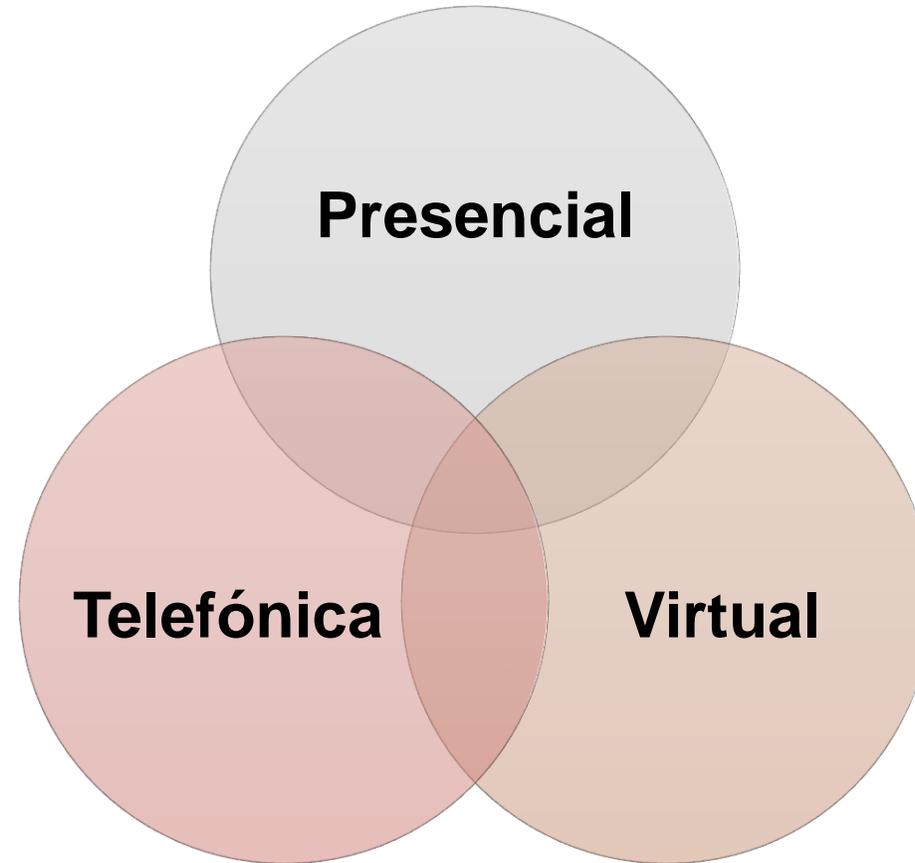
Publicación de la información



- ✓ Uso del Anexo Técnico **No. 2** para la publicación de la información de la red integral e integrada de salud de prestadores, proveedores

- ✓ Características de la publicación:
 1. Desagregación por departamento, municipio o distrito
 2. Adaptabilidad con enfoque diferencial
 3. Adecuación de acuerdo con las características socioculturales, usos y costumbres de las personas y comunidades, en especial en los pueblos originarios.
 4. Disponibilidad y fácil acceso.

Canales de comunicación con las personas





Canales de información transaccionales

- Transaccionales, virtuales, telefónicos o presenciales
- Con capacidad suficiente
- Atención **24 x 7** días, todos los días del año
- Transferencia de información diferencial para cada proceso de información de: procedimientos de actualización de datos, envío del informe de atención de urgencias, solicitud y respuesta de autorizaciones, referencia y contrarreferencia
- Canales para el proceso de **radicación** de facturas con sus soportes, **24 x 7** días, todos los días del año
- Canales para el proceso de **auditoría** de cuentas médicas
- Información actualizada en su sitio web, plataformas y aplicaciones oficiales, sin importar que exista o no acuerdo de voluntades escrito.

Entrega y actualización de información

Los mecanismos de entrega y actualización de información acordados entre las ERP, los PSS y PTS en salud deben garantizar la **autenticidad, integridad, veracidad, calidad, disponibilidad y fiabilidad** de la información



Tomar medidas necesarias para **evitar el riesgo** a la suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o fraudulento o no autorizado al mismo.



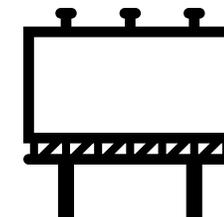
La seguridad y circulación de la información será restringida. *Ley Estatutaria 1581 de 2012*

Anexo Técnico No. 1

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO, SOLICITUD Y RESPUESTA DE AUTORIZACIONES, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA E INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Campos de datos estandarizados para cada uno de los siguientes trámites:

- a. Informe de actualización de datos de la persona***
- b. Envío del informe de atención de urgencias***
- c. Solicitud de autorización***
- d. Respuesta de autorización***
- e. Referencia***
- f. Contrarreferencia***



No	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de la atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrarreferencia	Longitud	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
3	Fecha y Hora	X	X	X	X	X	X	16	F	AAAA-MM-DD-hh:mm	Fecha y hora en la que se realiza el trámite correspondiente
21	Nombre del contacto de emergencia	X				X	X	120	A	Letras	Corresponde a nombres y apellidos del contacto de emergencia de la persona.
40	Finalidad de la tecnología de salud			X	X			2	N	Identificador de la finalidad con que se realiza el servicio o tecnología de salud	Informar datos según tabla de referencia "RIPSFinalidadConsultaVersion2" en web.sispro.gov.co

DISPOSICIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA

Información de la red integral organizada por agrupadores, de manera clara y visible incluyendo una descripción o detalle que facilite la búsqueda y que dé cuenta de los contenidos, que son prestados en ese punto de la red integral e integrada de salud:

Agrupadores

- a. Promoción y mantenimiento de la salud
- b. Materno perinatal
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas
- d. Enfermedad renal crónica
- e. Salud mental y consumo de sustancias psico activas
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (EPOC y asma)
- g. Cáncer de adultos
- h. Cáncer infantil
- i. Virus de inmunodeficiencia humana
- j. Artritis reumatoide
- k. Enfermedades huérfanas
- l. Enfermedades transmitidas por vectores

DISPOSICIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA

**Demás atenciones de
acuerdo con la habilitación
del servicio**

- i. Consulta externa
- ii. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- iii. Internación
- iv. Quirúrgicos
- v. Atención inmediata
- vi. Entrega o suministro de medicamentos o dispositivos médicos.

DISPOSICIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA

Variable
1. Identificación del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud contratado por la entidad responsable de pago.
2. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.
3. Servicios que se prestan o tecnologías en salud que se proveen en el marco del acuerdo de voluntades
4. Indicadores de oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud y su nivel de cumplimiento.
5. Indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de las personas y su nivel de cumplimiento.
6. Indicadores de resultados en salud , cuando apliquen, y su nivel de cumplimiento.
7. Plazos fijados para prestar el servicio o proveer la tecnología de salud.

Resolución 2284 de 2023

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

Contenido:

 **Generalidades:**
Objeto y Campo de aplicación

 **Disposiciones Finales**

 Registro de información transaccional.

Aplicación Detalle de pagos, Detalle de pagos objeto de giro directo, Reintegro, devoluciones y descuentos



Procedimiento para devoluciones



Soportes de cobro
Adopta el Anexo 1



Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas



Auditoría de cuentas médicas



Soportes de Cobro

- ✓ Detallados en el **Anexo Técnico No. 1**.
- ✓ No podrán exigir soportes adicionales
- ✓ Pueden pactar menos soportes de los establecidos en el Anexo Técnico No. 1, a excepción del **RIPS**
- ✓ Envío de forma digital o electrónica acorde con el **Anexo Técnico No. 2**, mediante canales de relacionamiento y mecanismos de entrega y actualización de información principales y de contingencia.



Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas

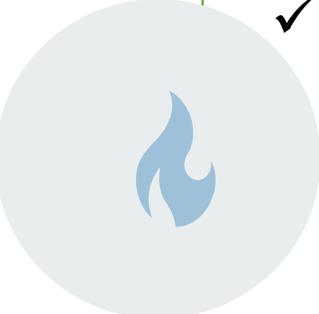
- ✓ Codificación contenida en **Anexo Técnico No. 3.**
- ✓ Son taxativas y no pueden ser creadas, eliminadas, modificadas o creadas nuevas causales.
- ✓ No podrá aplicarse porcentajes globales de glosa.



Auditoría de cuentas médicas

- ✓ No puede haber auditoria previa a la radicación.
- ✓ Los terceros auditores deben acogerse a la normatividad presente.

- ✓ Tabla de devoluciones del Manual único de devoluciones, glosas y Respuestas.
- ✓ Debe ser revisado y comunicado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su radicación.
- ✓ Una vez vencido dicho término no es posible aplicar devoluciones
- ✓ El prestador o proveedor si considera que es injustificada dará respuesta dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles siguientes.
- ✓ Si el prestador o proveedor guarda silencio se entenderá como aceptado tácitamente el motivo de la devolución y procederá a expedir la respectiva nota crédito al 100% del vr. de la factura.
- ✓ La ERP contará con 5 días hábiles siguientes para aceptar o notificar la reiteración de la devolución. De no existir notificación de ratificación, se entenderá que la devolución era injustificada.



Tiempos de revisión glosas inician
simultáneamente – art. 57 Ley 1438 de 2011

Causales de devolución

- ✓ Limitación al trámite de la FEV en salud para el pago por parte de la ERP que la afecta de forma total
- ✓ Causas taxativas y definen la responsabilidad en el pago por parte de la ERP

➤ No aplica en casos en los que la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios.

Persona corresponde a otro responsable de pago.



No aplica en urgencias

No aplica por efecto de asignación de afiliados

El profesional que ordeno el servicio no hace parte de la red integral e integrada de la ERP, o lo hizo desde una IPS fuera de la red

El prestador no hace parte de la red de la ERP



Factura ya pagada o ya radicada y en trámite

Factura Ya pagada



El prestador realizó la radicación de la factura y los soportes posterior a los 22 días hábiles siguientes a la fecha de la expedición, Según lo establecido en el art. 14 la Res 2275 de 2023

Radicación fuera de tiempo



Trámite de Expedición y Radicación

(Resolución 2275 de 2023)

PSS o PTS



Fin de la atención en salud o Provisión de la tecnología:
Expedición de Factura

Hasta 22 Días hábiles
Validación DIAN – MSPS y completar Soportes

RADICACIÓN
FEV, RIPS Y SOPORTES

Acuse de Recibo automático

Proceso de Auditoría
Devoluciones, Glosas, Respuestas y PAGO



ERP

Aplicación Detalle de pagos

Cuando el prestador o proveedor no informe la aplicación del detalle de los pagos en los plazos previstos en los artículos 2.5.3.4.5.1, 2.5.3.4.5.2 y 2.5.3.4.5.6 del Decreto 780 de 2016, se entenderá que el pago será **aplicado a la factura de venta en salud más antigua** que haya sido aceptada expresa o tácitamente, que se encuentre pendiente de pago y sobre la cual no haya operado la prescripción.





Detalle de pagos objeto de giro directo

El detalle de la relación de facturas sobre las cuales la ADRES realizó el giro directo a los prestadores o proveedores, debe corresponder con el detalle que la ERP informe a los prestadores o proveedores, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 2.5.3.4.5.1 y 2.5.3.4.5.2 del Decreto 780 de 2016, sin que este pueda ser objeto de modificación posterior, salvo que se trate de facturas que cuenten con glosa aceptada expresa o tácitamente y sobre las cuales se hubiere realizado un pago previo a la aceptación de la glosa.

Reintegro, devoluciones y descuentos de recursos

Para modalidades de pago prospectivas, cuando la ERP identifique causales de reintegro, devolución o descuento

(art. 2.5.3.4.5.4 y 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016):

- 1) La ERP notifica al prestador o proveedor de la situación detectada
- 2) Prestador o proveedor se pronuncie
- 3) De ser procedente se expedirá la nota crédito de facturas aceptadas pendientes de pago o devolverá el dinero directamente.



Registro de información transaccional

- ✓ Corresponde al envío y recepción de los soportes de cobro, así como la comunicación de devoluciones, glosas y respuestas.
- ✓ Se debe realizar de forma automatizada, en línea y en el formato de datos que permita capturar la información.
- ✓ A través de los canales de relacionamiento y mecanismos de entrega y actualización de información pactados.
- ✓ Esta información deberá estar registrada conforme con los lineamientos adoptados en el numeral 2 del Anexo No. 3



Anexos

- Definición y contenido de los 15 posibles soportes.
- Listado según modalidades de pago y tipo de servicio.

Anexo técnico No. 1 Soportes de cobro

- Aspectos técnicos
- Normas generales de los archivos
- Características de los archivos

Anexo técnico No. 2 Envío y recepción de los soportes

Parte I:

- Tres tablas: Devoluciones, Glosas y Respuestas

Parte II:

- Contenido del Registro de la información Transaccional

Anexo Técnico No. 3 Manual Único de devoluciones Glosas y Respuestas

Anexo Técnico No. 1

Listado de los soportes de cobro

PARTE 1: DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y CONTENIDO:

1. Factura de venta en salud
2. Registro de la atención de salud
 1. Resumen de Atención
 2. Epicrisis
3. Resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico
4. Descripción quirúrgica
5. Registro de anestesia
6. Comprobante de recibido del usuario
7. Soporte de traslado de transporte
 - 7.1 Hoja de traslado asistencial de pacientes (primario y secundario)
 - 7.2 Soporte del transporte no asistencial ambulatorio de la persona
8. Prestación de servicios una vez agotada la cobertura de SOAT, ADRES o la entidad que haga sus veces
9. Orden o prescripción facultativa
10. Lista de precios.
11. Hoja de atención de urgencia.
12. Hoja de atención odontológica
13. Hoja de administración de medicamentos
14. Rips
15. Evidencia envío del trámite.



Anexo Técnico No. 1

LISTADO DE LOS SOPORTES DE COBRO

PARTE 2: LISTADO DE SOPORTES DE COBRO SEGÚN MODALIDAD DE PAGO:

1. Listado los soportes de cobro modalidades de pago prospectivas:
2. Para la modalidad de pago por evento
3. Intervenciones Colectivas
4. Intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal y con condiciones crónicas y de alto costo



Anexo Técnico No. 2

Envío y Recepción de los Soportes de Cobro

Aspectos técnicos, normas generales y características de los archivos

No.	Nombre del soporte	Abreviatura	Número de Identificación Tributaria	Número factura (Incluye Prefijo)	Nombre del archivo
1.	Factura de venta en salud	El nombre y las características corresponderán a las definidas por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el mecanismo reglamentado en la Resolución 1557 de 2023 o la que modifique o sustituya.			
2.1	Resumen de atención u hoja de evolución	HEV_	Numérico	Alfanumérico	HEV_999999999_A999999999.pdf
2.2	Epicrisis	EPI_	Numérico	Alfanumérico	EPI_999999999_A999999999.pdf

Soportes por Modalidad Prospectivas

Multiusuarios



Copia de la Epicrisis:
EPI_999999999_A999999999
_CC39123456.pdf

Copia de la Epicrisis:
EPI_999999999_A999999999
_CC40123456.pdf

Copia de la Epicrisis:
EPI_999999999_A99-
9999999
_CC59113456.pdf

Copia de Hoja de
Administración
Medicamentos: HAM_
9999999999_A999999
99_CC39123456.pdf

Copia de Hoja de
Administración
Medicamentos: HAM_
9999999999_A999999
99_CC40123456.pdf

Copia del Comprobante de Recibido del Usuario:
CRC_999999999_A999-999999.pdf

Copia de la Descripción Qx: DQX_999999999_A999-999999.pdf

Copia del Registro de Anestesia: RAN_999999999_A999-999999.pdf

RIPS.
JSON

FEV.
Aprobada
por la
DIAN y
XMI

Soportes por Modalidad EVENTO:

2.3. Procedimientos de apoyo diagnóstico en la atención ambulatoria:

1 persona con 1 atención



Copia de la orden o prescripción facultativa:
OPF999999999_A999999999.pdf

Copia de los resultados o interpretación de los procedimientos de apoyo: PDX
999999999_A999999999.pdf

RIPS.
JSON

FEV.
Aprobada
por la
DIAN y
XMI

Anexo Técnico No. 3

Manual Único de devoluciones Glosas y Respuestas

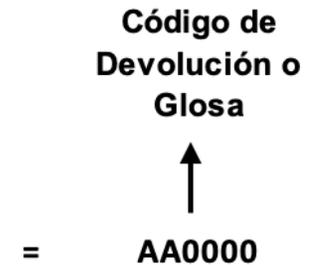
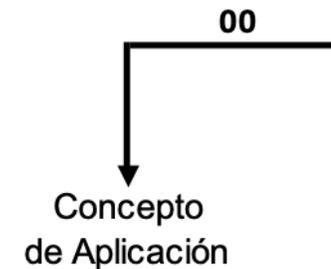
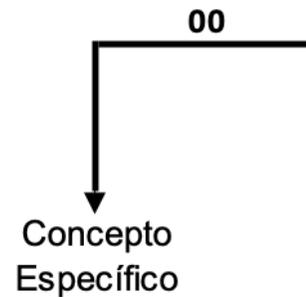
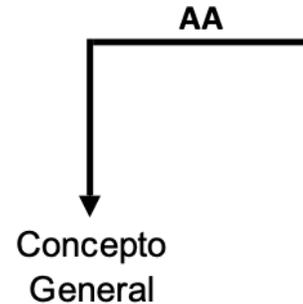
Estructura:

Códigos con tres niveles cada uno de dos dígitos

Concepto General letra

Concepto Específico numérico

Código de aplicación



Anexo Técnico No. 3

Manual Único de devoluciones Glosas y Respuestas

1. Tabla códigos de devolución
2. Tabla códigos de glosa
3. Tabla códigos de respuesta

DEVOLUCIONES	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Definición	<p>Es una limitación al trámite de la factura de venta para el pago por parte de la entidad responsable de pago que la afecta de forma total, la cual puede ser subsanada en los términos establecidos de conformidad con el artículo 6 de la presente resolución.</p> <p>Las causas de devolución son taxativas y corresponden a la labor que tiene la entidad responsable de pago frente a definir su responsabilidad en el pago y trámite de la cuenta en cumplimiento del literal d, del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.</p> <p>Se presentan devoluciones cuando existe alguna de las siguientes causales que impide realizar el pago por la entidad responsable de pago.</p>
DE56	No radicación de los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique o sustituya
DE5601	El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud no radica los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 5 de la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique o sustituya

Anexo Técnico No. 3

Manual Único de devoluciones Glosas y Respuestas

- Facturación: Diferencias en cantidad frente a lo facturado.
- Tarifas: Diferencias al comparar valores.
- Soporte: Ausencia total o parcial, inconsistencia o no corresponden a la persona.
- Autorizaciones: No tiene la autorización o difiere con lo autorizado.
- Cobertura: No incluido en el plan, se cobra adicional o se superaron los topes
- Calidad: Pertinencia
- Seguimiento a los acuerdos de voluntades



Salud

Gracias