RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN EN CONTRA DEL AUTO DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 QUE ORDENA MEDIDAS CAUTELARES.

Rowan Efren Bautista Bareno <rowan.bautista@nuevaeps.com.co>

Vie 29/09/2023 11:05

Para:Juzgado 15 Civil Circuito - Atlántico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

11 archivos adjuntos (14 MB)

Circular 014 de 018 Procuraduría General de la Nación.pdf; ADJUNTO PROSPERA EXCEPCION DE FALTA DE REQUSISTOS FRA cartagena.pdf; ADJUNTO PRUEBA DE FALLO SEGUNDA INSTANCIA A FAVOR.pdf; fallo santa ana.pdf; Poder Rowan.pdf; RESOLUCIÓN 3047 DE 2008.pdf; anexo 5.pdf; Cir 1-20 CGR inembargabilidad.pdf; CIRCULAR 02 DE 2023 PGN INEMBARGABILIDAD RECURSOS SALUD IMPROCEDENCIA COBRO COACTIVO ESE.pdf; T-053-22.rtf; Recurso medidas cautelares PJ 3895-1.pdf;

Señor Juez
JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA.
ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co.
E. S. D.

PROCESO: EJECUTIVO
DEMANDANTE: IPS MEDICAMENTOS Y EQUIPOS COLOMBIA S.A.S.
DEMANDADO: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS.
Rad: 08-001-31-53-015-2023-00201-00 proceso acumulado No. 1.

REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN EN CONTRA DEL AUTO DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 QUE ORDENA MEDIDAS CAUTELARES.

ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.619.277 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 132.870 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A., entidad legalmente constituida e identificada con el NIT 900.156.264-2, con domicilio principal en Bogotá, respetuosamente manifiesto a usted que a través de este escrito presento Recurso de Reposición y en Subsidio el de Apelación en contra la decisión del 25 de septiembre de 2023 que **ORDENA MEDIDAS CAUTELARES.**

Adjunto memorial con mis argumentos y con sus respectivos anexos.

Del señor Juez,

ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO
CC. 79.619.277 de Bogotá
T.P. 132.870 del C. S de la J.

(601) 4193000 ext. 20221
(+57) 3204149864
Cra. 85 K # 46A - 66
Piso 2 - ala norte

nueva eps
Great Place To Work. Certificada

Bogotá D.C. - Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR

JUZGADO CUARTO LABORAL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA
Avenida Pedro de Heredia Sector El Espinal, Calle 32 No. 175. Antiguo Telecom.
Teléfono: 6561573. E-mail: j04lctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co.

PROCESO EJECUTIVA LABORAL
AUDIENCIA ESPECIAL DE RESOLUCION DE EXCEPCIONES
ACTA AUDIENCIA ARTICULO 430Y SS C DE P.C.

IDENTIFICACION DEL PROCESO
DEMANDANTE: GESTION SALUD S.A.S
DEMANDADO: NUEVA EPS S.A.
Número Proceso: 13001310500420150052900
Cartagena de Indias, 5 de septiembre de 2016 Hora 2:36 p.m.

INSTALACION DE LA AUDIENCIA

CONCILIACION

No hubo conciliación. Se tiene por confeso de los hechos, 1. Prestación de servicios de salud de la demandante a la demandada. 2 Prestados en servicios de urgencia. 4. y 5. Referida a la presentación de las facturas para su pago ante la Nueva EPS

De los hechos propuestos en memorial de Excepciones Nueva EPS, se tendrá por confeso

1. Prestación de servicios de salud; 9. No aportaron soportes

Se notifica en estrados

SANEAMIENTO DEL LITIGIO

Se declara saneado el proceso.

Se notifica en estrados

DECRETO DE PRUEBAS

- Se tendrán todos las documentales que integran el expediente

Solicitadas por la parte demandada Se deniega prueba testimonial, e inspección judicial no tiene fundamento en cuanto a que se niega la presentación de anexos, constituyendo negación indefinida que no admite prueba. Y frente a glosas o pagos.

No hay pruebas que decretar, ni practicar, pasamos a la etapa de alegatos. Se escuchan del apoderado de Nueva EPS, se declara surtida alegatos a la entidad Gestión Salud SAS.

Se notifica en estrados

DECISION

Problema Jurídico

¿En la ejecución por servicios de salud se requiere la constitución de título ejecutivo complejo cuando se utiliza facturas?

Tesis del Despacho

Scanned by CamScanner

Se declara probada la excepción referida a Omisión de los requisitos que el titulo debe contener. Se impondrán costas a cargo de la parte ejecutante.

El asunto que debe resolverse, tiene como referencia es determinar si constituyen título ejecutivo, o si por el contrario, faltan a los requisitos de los artículos 488 C.P.C. en concordancia con el artículo 100 C.P.L. según lo concluyó el Juez de conocimiento, las facturas que se acompañan a la demanda.

Respecto al pago de facturas por servicios de salud, la Ley 1122 de 2007 prevé en su artículo 13 literal d) lo siguiente:

> *"Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura"*

De igual manera, el parágrafo del artículo 20 de la misma ley, establece que la atención inicial de urgencias es obligatoria para todas las IPS, aún sin que medie contrato o autorización previa:

> *"Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución".*

De otro lado, el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, dispone lo siguiente:

> *"Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social".*

Conforme las normas citadas, se observa que los requisitos para el cobro de facturas por prestación de servicios de salud está regido por normas especiales, que prevén la forma en que los pagos respectivos deben realizarse, estableciendo términos para generar glosas, devoluciones y respuestas. Y la presentación para el pago, ineludiblemente debe estar acompañada de documentos soportes de ello.

Entiende el despacho, frente a esa exigencia, que la presentación de las facturas, requiere acreditar para efectos de la validez de ese acto, el de ser acompañadas con los soportes correspondientes, y de allí, generar la ejecutividad de las mismas.

Scanned by CamScanner

Así mismo se observa que existe regulación de los elementos de las facturas a partir de la expedición de las resoluciones 3047 de 2008, 416 de 2009, 4331 de 2012 emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social, que regulan la estructura y requisitos de las facturas y sus soportes se describen de manera taxativa. Siendo definidos tales elementos en el anexo técnico 5° de la última regulación citada

Dicho Anexo Técnico 5, correspondiente citado en la norma anterior, prevé que debe acompañarse para las facturas correspondientes una serie de documentos, precisamente como soportes para el pago, soportes que igualmente deben acreditarse para la ejecución judicial. Y por ende, es necesario a ejecutante acompañar aquellos para constituir el título ejecutivo complejo.

El Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Cartagena de Indias, administrando Justicia en nombre de la Republica de Colombia, y por autoridad de la Ley

RESUELVE

PRIMERO: Declarar probada la excepción propuesta por la NUEVA EPS S.A, de Omisión de los requisitos que el titulo debe contener.
SEGUNDO: Costas a cargo del ejecutante. Se imponen agencias en derecho en favor la parte demandada NUEVA EPS S.A. en cuantía equivalente al 3% del valor reclamado en la acción ejecutiva plasmado en demanda.
TERCERO: Levantar medidas cautelares contra la entidad NUEVA EPS S.A., y declarar la terminación del proceso

Se Notifica en estrados

No hubo recursos. Se cierra la audiencia.

JORGE ALBERTO HERNANDEZ SUAREZ
Juez

Scanned by CamScanner

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA DE DECISIÓN CIVIL

Santiago de Cali, cuatro de mayo de dos mil quince
Magistrado Ponente CÉSAR EVARISTO LEÓN VERGARA
Radicación 007-2015-00002-01

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, contra el auto proferido el 21 de enero de 2015 por el Juzgado 7 Civil del Circuito de Oralidad de Cali, dentro del proceso ejecutivo de suscripción de documento adelantado por SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. contra NUEVA EPS S.A.

I. ANTECEDENTES

1. *En la providencia apelada, el juez del conocimiento negó el mandamiento de pago solicitado con fundamento en que las facturas aportadas como base del recaudo "no cumplen con todos los requisitos de la ley 1231 de 2008 para tenerlas como título valor, ni cumplen con los requisitos del art. 488 del C.P.C. (...)", debido a que ninguna tiene la siguiente parte de los requisitos del numeral 2 del artículo 774 del C. de Co: "(...) o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley"*

2. *En desacuerdo, el demandante formuló recursos de reposición y apelación, que fundamentó en que los documentos cumplen a cabalidad con los requisitos para ser tenidos como títulos–valores, todo de conformidad con los artículos 488 del C. de P.C. y 774 del C. de Co, efectuando la interpretación del numeral 2° del citado artículo y establece que puede presentarse alguna de las siguientes circunstancias "indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla", para cumplirse con este requisito pues se trata de una conjunción disyuntiva en el texto normativo.*

El a quo mantuvo la providencia atacada, y concedió en el efecto suspensivo el recurso de apelación el cual en la actualidad distrae la atención de esta Sala.

II. CONSIDERACIONES

1. Sea lo primero precisar que, toda obligación cambiaria debe sustentarse en un título que sea válido, pues si el título valor no reúne los requisitos legales, deja de ser título valor y, por consiguiente, con base en él no podrá iniciarse acción cambiaria alguna[1].

[1] Ravassa Moreno Gerardo José, Nuevo Curso de Títulos Valores, tercera edición. Ed. Universidad Santo Tomás. Bogotá 1999. Pág. 215

En efecto, los requisitos establecidos por la ley para cada título valor y los generales para todos ellos, son indispensables para la validez y consideración de los títulos como tales, así lo dispuesto por el artículo 620 del C. Co: "Los documentos y los actos a que se refiere este Título sólo producirán los efectos en él previstos cuando contengan las menciones y llenen los requisitos que la ley señale, salvo que ella los presuma. La omisión de tales menciones y requisitos no afecta el negocio jurídico que dio origen al documento o al acto".

De manera que, las formalidades propias de los títulos valores, son formalidades substanciales, es decir, que en la medida en que el título valor no cumpla con esos requisitos no tendrá el carácter de título valor, no surgirá a la vida jurídica como título valor, habrá documento pero ya no tendrá los privilegios y características de un título valor, será otra clase de documento[1].

Como fundamento de la negativa del mandamiento de pago (folio 315 C.1), encontramos que radicaba la misma en el sentido de no cumplirse con la totalidad de requisitos establecidos en el numeral 2 del artículo 774 del Código de Co., por lo cual esta Magistratura procederá a estudiar si los documentos aportados cumplen los requisitos para considerarse títulos valores.

2. En lo atinente a la factura de venta, la ley 1231 de 2008, indicó:

Artículo 2°. El artículo 773 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Aceptación de la factura "(...) El comprador o beneficiario del servicio deberá aceptar de manera expresa el contenido de la factura, por escrito colocado en el cuerpo de la misma o en documento separado, físico o electrónico. Igualmente, deberá constar el recibo de la mercancía o del servicio por parte del comprador del bien o beneficiario del servicio, en la factura y/o en la guía de transporte, según el caso, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida representación por razón de la persona que reciba la mercancía o el servicio en sus dependencias, para efectos de la aceptación del título valor.

La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho, según el caso, o bien mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción En el evento en que el comprador o beneficiario del servicio no manifieste expresamente la aceptación o rechazo de la factura, y el vendedor o emisor pretenda endosarla, deberá dejar constancia de ese hecho en el título, la cual se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento. (...)" (surayado por fuera del texto original)

---

[1] Díaz perilla José Joaquín, Cátedra de Títulos Valores de la especialización en Derecho Comercial. Universidad Externado de Colombia, Bogotá 1993. Pág. 3

Artículo 3°. El artículo 774 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Requisitos de la factura. La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

*"(...) 2. La fecha de recibo de la factura, **con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley**. (...)*

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas". (Resalta la Sala)

De lo anterior, se advierte que la reforma a la factura, ha traído como novedad lo siguiente:

Su aceptación puede darse de dos maneras, ya sea de forma expresa o tácita. Esta última, cuando en el lapso de 10 días, contados a partir de su entrega, no es devuelta o no se formulan reclamos en contra de su contenido.

Frente a este último requisito que hace referencia al documento allegado, el gobierno, mediante el decreto 3327 del 3 de septiembre de 2009, que reglamentó la ley 1231 en su artículo 5º dijo:

"Artículo 5°. En caso de que el emisor vendedor del bien o prestador del servicio entregue una copia de la factura al comprador del bien o beneficiario del servicio, en espera de la aceptación expresa en documento separado o de la aceptación tácita, se aplicarán las siguientes reglas:

1. El emisor vendedor del bien o prestador del servicio deberá esperar a que ocurra dicha aceptación antes de poner en circulación la factura original.

*2. En desarrollo de lo señalado en el numeral 2° del artículo 3° de la Ley 1231 de 2008, el encargado de recibir la copia de la factura deberá incluir en el original que conserva el emisor vendedor del bien o prestador del servicio, **la fecha en que fue recibida dicha copia, así como el nombre, la identificación y la firma de quien sea el encargado de recibirla**. Estas manifestaciones se entenderán hechas bajo la gravedad de juramento.*

*3. En el evento en que operen los presupuestos de la aceptación tácita, **el emisor vendedor del bien o prestador del servicio deberá incluir en la factura original y bajo la gravedad de juramento, una indicación de que operaron los presupuestos de la aceptación tácita**, teniendo en cuenta para el efecto la fecha de recibo señalada en el numeral anterior.*

La fecha de recibo debe ser incluida directamente por el comprador del bien o beneficiario del servicio en la factura original que conserva el emisor vendedor del bien o prestador del servicio (...)" (resalta el despacho)

3. *De esta forma, se observa que le asiste razón al juez de conocimiento, cuando por no cumplir las facturas con los requisitos legales para considerarse títulos valores (numeral 2 del art. 774 del C de Co), se abstuvo de proferir el mandamiento perseguido por las siguientes razones:*

Primero, en las facturas claramente dice: "NUEVA EPS S.A. CALI RECIBIDO Factura en proceso de análisis, por lo tanto no se encuentra aceptada por el receptor"; circunstancia de la que no es posible derivar los efectos previstos en el numeral 3º del artículo 773 ejúsdem, es decir, que pueda tenerse por irrevocablemente aceptada la factura porque la sociedad ejecutada no reclamó contra su contenido dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción, precepto que a su turno fue reglamentado mediante Decreto 3327 de 3 de septiembre de 2009, dado que la temática de la aceptación no fue un asunto que vino a resquebrajar los principios esenciales del derecho cartular, es decir, que con la misma se sustituya la exigencia de la firma a través de la cual se obliga el comprador o beneficiario del servicio, bastando para ello dicha aceptación, pues en todo caso, exista o no ésta, esto es, sea expresa o presunta, habrá necesidad de una firma que soporte la obligación cambiaria; conclusión que se viene a reafirmar con lo que disciplina el artículo 774 del Código de Comercio, disposición que es diáfana en preceptuar: "la factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente código, y 617 del estatuto tributario nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes: ***la fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la ley*** *(numeral 2º) norma reglamentada por el artículo 5 numeral 2 del Decreto 3327 de 2009", momento en que el comprador o beneficiario del servicio tiene la oportunidad de aceptar la factura.*

Segundo, porque no es acertado sostener que el memorado sello corresponda en los términos del numeral 2º del artículo 621 ibídem, a un signo o contraseña mecánicamente impuesto, sustituto de la firma de la sociedad demandada, lo que no pasa de ser una mera suposición, puesto que no se encuentra acreditado que el acto jurídico a propósito del cual se imprimió dicho sello admita su utilización, pues como lo dispone el artículo 827 del mismo ordenamiento, "la firma que procede de algún medio mecánico no se considerará suficiente sino en los negocios en que la ley o la costumbre lo admitan"; carga cuyo cumplimiento le correspondía al demandante, habida cuenta que es él quien pretende sacar provecho de ella.

4. Adicionalmente encuentra esta Sala que si bien no se hace necesaria la manifestación expresa de la aceptación de la factura, ya que la norma incluyó como novedad la aceptación tácita, también lo es que para que se de la misma se hace necesario una serie de requisitos, además de esperar que venza el término de los 10 días para su reclamación, se debe hacer la manifestación bajo la gravedad del juramento del nombre e identificación de quien la recibió y que operaron los presupuestos de ésta, requisito que se echa de menos en los documentos aportados.

5. En efecto, basta revisar las facturas allegadas para concluir que no cumplen los supuestos legales pues no existe firma de recibido y no se dejó la constancia de "aceptación tácita" prevista por el legislador, requeridas para tenerse como títulos valores.

Por lo anterior se ha de confirmar la providencia materia de alzada.

En mérito de lo brevemente expuesto, esta Sala Civil de Decisión del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali,

III. RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR el auto de 21 de enero de 2015, proferido por el Juzgado 7 Civil del Circuito de Oralidad de Cali, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Sin costas por no aparecer causadas.

TERCERO: Remítase el expediente al despacho de origen.

Notifíquese.

CÉSAR EVARISTO LEÓN VERGARA
Magistrado.

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SECRETARIA SALA CIVIL

Cali, 06 MAY 2015

En Estado No. 75 de hoy notifiqué a las partes el auto anterior, a las 08 A.M.

El Secretario,

María Eugenia García Contreras
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
RAMA JUDICIAL

T R I B U N A L S U P E R I O R
DISTRITO JUDICIAL SANTIAGO DE CALI
SALA CIVIL

Secuencia 18831

Magistrado Ponente: CÉSAR EVARISTO LEÓN VERGARA

Asunto: APELACIÓN

AUTO

Clase: EJECUTIVO SINGULAR

Demandante: SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.
Cédula:

Representante Legal: JUAN CARLOS MARQUEZ ORTIZ
Cédula: 16.637.544

Apoderado del demandante: JULIO CÉSAR MUÑOZ VEIRA
Cédula: 16.843.184 T.P. 127.047

Demandado: NUEVA EPS S.A.
Cédula:

Apoderado del demandado:

NÚMERO ÚNICO ACIONAL 76001-31 03-007-2015-00002-01

Fecha de Recibido: 9 de marzo de 2015
Tipo de Reparto: NORMAL
Fecha Prov. Apelada: 21 de enero de 2015
Apelante: DTE
Oficio Remisorio: 351

Procedencia: JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO

ANEXO TÉCNICO No. 5
SOPORTES DE LAS FACTURAS

A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES:

1. **Factura o documento equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.
2. **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.
3. **Autorización:** Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.
4. **Resumen de atención o epicrisis**: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.
5. **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.
6. **Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.
7. **Registro de anestesia:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.
8. **Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento

con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

9. **Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
10. **Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
11. **Lista de precios:** documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.
12. **Recibo de pago compartido:** Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.
13. **Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):** Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.
14. **Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA:** Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.
15. **Historia clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.
16. **Hoja de atención de urgencias.** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.
17. **Odontograma:** Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
18. **Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

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

1. Consultas ambulatorias:

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

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

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

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

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

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

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

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

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

d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Fotocopia de la fórmula médica.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

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

7. Lentes:

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

8. Atención inicial de urgencias:

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

9. Atención de urgencias:

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

h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
c. Autorización. Si aplica.
d. Resumen de atención o epicrisis.
e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
g. Descripción quirúrgica.
h. Registro de anestesia.
i. Comprobante de recibido del usuario.
j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

11. Ambulancia:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
d. Autorización. Si aplica
e. Hoja de traslado.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

12. Honorarios profesionales:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
f. Registro de anestesia. Si aplica.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

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

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

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

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

1. Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.
d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.
e. Original de la orden y/o fórmula médica.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
g. Autorización del Comité Técnico Científico.
h. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

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

a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago
b. Fotocopia del fallo de tutela

3. <u>Cobros por accidentes de trabajo</u>:

a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.
b. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA
Despacho del Contralor General

Contraloria General de la Republica :: SGD 24-01-2020 15:03
Al Contestar Cite Este No.: 2020EE0007282 Fol:4 Anex:0 FA:0
ORIGEN 80110-DESPACHO DEL CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA / CARLOS FELIPE CORDOBA LARRARTE
DESTINO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
ASUNTO REITERACIÓN CIRCULAR 1458911 DE 2012 DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA
OBS CIRCULAR 01.

80110-
Bogotá, D.C.,

2020EE0007282

CIRCULAR No. 01

PARA: **FUNCIONARIOS CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
ENTIDADES BANCARIAS

DE: **CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA**

ASUNTO: **REITERACIÓN CIRCULAR 1458911 DE 2012 DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, SOBRE INEMBARGABILIDAD DE RECURSOS DEL SGSSS.**

FECHA: **ENERO 21 DE 2020**

El Contralor General de la República, en uso de las facultades de vigilancia y control fiscal atribuidas en el artículo 267 superior, con el propósito de garantizar la defensa e integridad del patrimonio público, se permite **reiterar** los lineamientos trazados por esta entidad mediante circular 1458911 del 13 de julio de 2012, en relación con la inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, con fundamento en la normatividad que se enuncia a continuación.

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece:

> "(…). *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. (…)"*

La Ley 1122 de 2007, en el artículo 13, precisa:

> *"(…) FLUJO Y PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:*

a) *El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al FOSYGA.*

b) *Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.*

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2o de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley. (…)"

El artículo 2.6.4.1.4 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 1 del Decreto 2265 de 2017, prevé que *"Los recursos que administra la ADRES, incluidos los de las cuentas maestras de recaudo del régimen contributivo, así como los destinados al cumplimiento de su objeto son inembargables conforme a lo previsto en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015."*

El artículo 594 del Código General del Proceso, establece:

"BIENES INEMBARGABLES. Además de los bienes inembargables señalados en la Constitución Política o en leyes especiales, no se podrán embargar:
(…)
3. Los bienes de uso público y los destinados a un servicio público cuando este se preste directamente por una entidad descentralizada de cualquier orden, o por medio de concesionario de estas; pero es embargable hasta la tercera parte de los ingresos brutos del respectivo servicio, sin que el total de embargos que se decreten exceda de dicho porcentaje."

El artículo 25 de la Ley Estatutaria No. 1751 de 2015, establece:

> *"Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente".*

De igual manera, la circular 014 del 8 de junio de 2018, expedida por el Procurador General de la Nación, conmina a los Jueces de la República y demás autoridades que manejan o disponen de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para que se abstengan de ordenar o decretar embargos sobre dichos recursos, sopena de violentar el ordenamiento jurídico y afectar gravemente el patrimonio publico y el orden económico y social del estado.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, en concepto No. 0000037485 del 8 de enero de 2020, sostiene:

> *"La Constitución Política determinó en su artículo 49 frente a los recursos de la seguridad social que "No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social pare fines diferentes a esta", precepto reiterado por el artículo 9 de la Ley 100 de 1993 y en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015 al señalar que "Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.*
>
> *(...) Ahora bien, específicamente respecto a las cuentas maestras de recaudo aperturadas por las EPS a nombre de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES-, en las condiciones establecidas en los artículos 2.6.4.2.1.21 y 2.6.4.2.1.32 del Decreto 780 de 2016 -Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social-, se debe indicar que estas tienen por objeto recibir las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo en salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993."*

Y concluye:

"De esta manera, es claro que las cotizaciones recaudadas en las cuentas maestras de recaudo son del SGSSS cuyos recursos son administrados por la ADRES, los cuales son inembargables, tal como dispone el artículo 2.6.4.1.4 del Decreto 780 de 2016, así:

> *"ARTICULO 2.6.4.1.4. Inembargabilidad de los recursos públicos que financian la salud. Los recursos que administra la ADRES, incluidos los de las cuentas maestras de recaudo del régimen contributivo, así como los destinados al cumplimiento de su objeto son inembargables conforme a lo previsto en el artículo".*

La Superintendencia Financiera en la Circular 65 de 9 de octubre de 2018 estableció:

"*En atención a la Circular No. 14 del 8 de junio de 2018 de la Procuraduría General de la Nación y con el propósito de que se dé estricto cumplimiento al marco normativo vigente en materia de bienes inembargables, se les recuerda a las entidades que:*

> *Conforme a lo previsto en los artículos 48 y 63 de la Constitución Política; 594 de la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso); 19 del Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico del Presupuesto); 91 de la Ley 715 de 2001 (Sistema General de Participaciones); 9, 134 y 182 de la Ley 100 de 1993; 8 del Decreto 050 de 2003; 25 de la Ley 1751 de 2015; 2.6.4.1.4 del Decreto 780 de 2016; y demás normas concordantes, son inembargables y no se podrán destinar ni utilizar para fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente:*
>
> *• Los recursos del Sistema de Seguridad Social, entre estos los que administra la Entidad Administradora de los Recursos de Seguridad Social en Salud – ADRES, los ingresos por cotizaciones que recauden las EPS y los recursos públicos que financien la salud; (…)"*

Con fundamento en la normatividad referida, el Contralor General de la República:

Primero. **REITERA** la posición institucional trazada mediante circular 1458911 del 13 de julio de 2012.

Segundo. **ORDENA** a los Contralores Delegados, Gerentes Departamentales y directivos de la Contraloría General de la República que, en virtud de sus competencias tengan conocimiento de actos violatorios de la condición de inembargabilidad de los recursos del SGSSS, tramitar ante las instancias pertinentes las acciones penales, disciplinarias o fiscales que se deriven de tales hechos.

Tercero. **EXHORTA** a las entidades bancarias en general a abstenerse de tramitar embargos de cuentas que contengan recursos del SGSSS, sopena del inicio de las acciones penales o sancionatorias administrativas a que haya lugar.

CARLOS FELIPE CÓRDOBA LARRARTE
Contralor General de la República

Aprobó: Ricardo Rodríguez Yee- Vicecontralor General de la República
Proyecto: Julio César Cárdenas Uribe- Contralor Delegado para el sector Social
Reviso: Julián Mauricio Ruiz- Director Oficina Jurídica

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CIRCULAR 002

DE: La Procuradora Delegada con Funciones Mixtas 7: para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social y el Procurador Delegado con Funciones Mixtas 6: para la Conciliación Administrativa.

PARA: Empresas Sociales del Estado – Despachos Judiciales – Consejo Superior de la Judicatura – Entidades Financieras – Superintendencia Financiera – Procuradores Regionales – Procuradores Provinciales – Procuradores Judiciales.

FECHA: Bogotá D.C., marzo 21 de 2023.

ASUNTO: Los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables - Las Empresas Sociales del Estado carecen de competencias para adelantar procesos de cobro coactivo en contra de las EPS, las ERP y la ADRES.

En ejercicio de las funciones constitucionales previstas en el artículo 277 de la Constitución Política y legales previstas en los Decretos Leyes 262 de 2000 y 1581 de 2022, en defensa del ordenamiento jurídico, de los intereses de la sociedad, de la protección del patrimonio público y con el fin de salvaguardar los derechos fundamentales, se emite la presente Circular para **advertir** sobre las disposiciones legales y jurisprudenciales que impiden que las Empresas Sociales del Estado -E.S.E.- adelanten procesos administrativos de cobro coactivo en contra de Empresas Promotoras de Salud -EPS- y demás Entidades Responsables de Pago -ERP- y en contra de la Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en Salud -ADRES, así como la ejecución de medidas de embargo de los recursos públicos de la seguridad social en salud, que afectan gravemente el flujo de recursos financieros del sistema y vulneran los derechos fundamentales a la salud y a la vida. Los principales argumentos jurídicos que sustentan la inviabilidad del trámite de dichos procesos son los siguientes:

A. Fuentes Constitucionales, Legales y Jurisprudenciales de la inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud está fundamentada en la Constitución Política; en el artículo 48 que dispuso que la Seguridad Social es un servicio público a cargo del Estado y que los recursos de la Seguridad Social tienen destinación específica; y en el artículo 63 de la Carta, en

concordancia con el artículo 594 el Código General del Proceso[1], que establecen la inembargabilidad de las cuentas del sistema general de participaciones y de los recursos de la seguridad social y el artículo 25 de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015[2], que señala:

"Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente." (resaltos propios)

El Decreto 2265 de 2017[3], dispuso que los recursos que administra la ADRES, incluidos los de las cuentas maestras de recaudo del régimen contributivo, y los destinados al cumplimiento de su objeto son inembargables, conforme previsto en la Ley Estatutaria[4].

Así mismo, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-543-13[5], al decidir una demanda de inconstitucionalidad contra el parágrafo 2 del artículo 195[6] de la Ley 1437 de 2011[7], puntualizó, que el principio de inembargabilidad tiene como fin proteger los recursos financieros del Estado, en particular, los destinados a cubrir las necesidades esenciales de la población. Precisó que, si se permitiera el embargo de todos los recursos y bienes públicos, el Estado se expondría a una parálisis financiera para realizar el cometido de sus fines esenciales y se desconocería el principio de la prevalencia del interés general frente al particular. Así mismo, contempló excepciones al principio de inembargabilidad: (i) Satisfacción de créditos u obligaciones de origen laboral con el fin de hacer efectivo el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas. (ii) Pago de sentencias judiciales para garantizar la seguridad jurídica y la realización de los derechos en ellas contenidos. (iii) Títulos emanados del Estado que reconocen una obligación clara, expresa y exigible. Precisó la Corte que las anteriores excepciones son aplicables respecto de los recursos del Sistema General de Participaciones, siempre y cuando las obligaciones reclamadas tuvieran como fuente alguna de las actividades a las cuales estaban destinados dichos recursos.

---

[1] "Artículo 594. Además de los bienes inembargables señalados en la Constitución Política o en leyes especiales, no se podrán embargar: 1. Los bienes, las rentas y recursos incorporados en el presupuesto general de la Nación o de las entidades territoriales, las cuentas del sistema general de participación, regalías y recursos de la seguridad social."

[2] "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

[3] "Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

[4] *Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES.*

[5] Referencia: expediente D-9475. Demanda de inconstitucionalidad contra el parágrafo 2 del artículo 195 de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo): el artículo 70 (parcial) de la Ley 1530 de 2012; los numerales 1, 4, y el parágrafo del artículo 594 de la Ley 1564 de 2012. M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[6] *Parágrafo 2°. El monto asignado para sentencias y conciliaciones no se puede trasladar a otros rubros, y en todo caso serán inembargables, así como los recursos del Fondo de Contingencias. La orden de embargo de estos recursos será falta disciplinaria.*

[7] Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

En junio de 2021, la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, solicitó a la Corte Constitucional la selección y revisión del expediente de tutela T-8.255.231. Mediante Sentencia T-053-22[8], la Corte corroboró la inembargabilidad de los recursos públicos de la seguridad social en salud y las muy limitadas excepciones respecto de los recursos de la seguridad social en salud provenientes del *Sistema General de Participaciones* y confirmó que no existe excepción alguna respecto de los recursos recaudados y administrados por las EPS, provenientes de las cotizaciones:

"(...) cabe agregar que, a partir de una interpretación sistemática de los postulados trazados en la jurisprudencia constitucional, es razonable inferir que ***los recursos del SGSSS cuya destinación específica es preservar el funcionamiento del sistema como condición sine qua non para la prestación permanente del servicio de salud no pueden ser bloqueados so pretexto de procurar el pago a los acreedores de las EPS, en tanto con ello se genera un sacrificio desproporcionado de los derechos fundamentales de los afiliados y beneficiarios.*** *(...)"* (resaltos propios)

En igual sentido, la Sentencia T-172-22[9], la Corte Constitucional resumió el contenido y alcance del principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS así:

1. *"Fundamento constitucional y definición. La inembargabilidad de los recursos del SGSSS es un principio constitucional que se deriva de los artículos 48 y 63 de la Constitución.* ***En virtud de este principio, estos recursos no pueden ser objeto de gravámenes tributarios ni de medidas judiciales o administrativas de embargo.***

2. *Contenido y excepciones. El contenido del principio de inembargabilidad, así como el alcance de sus excepciones, depende de la fuente del recurso. En concreto, la Corte Constitucional ha diferenciado entre los recursos del SGSSS que provienen del SGP y aquellos cuya fuente son las cotizaciones de los afiliados:*

(i) Recursos que provienen del SGP. El principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS que provienen del SGP no es absoluto y admite excepciones. En concreto, estos recursos pueden ser embargados con el objeto de garantizar el pago de: (a) obligaciones laborales, (b) sentencias judiciales y (c) títulos emanados del Estado que reconocen una obligación clara, expresa y exigible. ***Lo anterior, siempre y cuando las obligaciones reclamadas tengan como fuente alguna de las actividades a las cuales estaban destinados los recursos del SGP.***

---

[8] Referencia: Expediente T-8.255.231. Acción de tutela formulada por Coomeva EPS contra el Juzgado 15 Civil del Circuito de Barranquilla. M.P.: Alberto Rojas Ríos. Bogotá, D.C., 18 de febrero de 2022.

[9] Referencia: expediente T-8.324.336. Acción de tutela presentada por el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá contra el Banco AV Villas. M.P.: Paola Andrea Meneses Mosquera. Bogotá D.C., 24 de mayo de 2022.

(ii) Recursos que provienen de cotizaciones. ***Las cotizaciones son recursos parafiscales***[10] *que pertenecen al sistema de seguridad social en salud, de modo que no ingresan al presupuesto general de la Nación ni se mezclan con otros recursos del erario.* ***Por esta razón, a estos recursos no son aplicables las excepciones al principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS que provienen del SGP.***

3. *La inembargabilidad de las cuentas maestras de recaudo. Las cuentas maestras de recaudo que las EPS registran a nombre de la ADRES contienen recursos que provienen de las cotizaciones de los afiliados y los beneficiarios y, por lo tanto, son inembargables.* ***A estas cuentas no les son aplicables las excepciones al principio de inembargabilidad de los recursos del SGSSS que provienen del SGP****. Los recursos que son recaudados en estas cuentas pertenecen al Sistema de Seguridad Social, son administradas por la ADRES y no forman parte del patrimonio de las EPS. Por estas razones, la Constitución no permite que estas cuentas sean embargadas con el objeto de garantizar el pago de deudas de las EPS a IPS, derivadas de la prestación de servicios o actos médicos. (...)* (resaltos propios)

El anterior análisis fue reiterado por el Consejo de Estado, el cual además agregó:[11]

54. Teniendo en cuenta las distintas fuentes de financiamiento del SGSSS, en el ordenamiento jurídico nacional encontramos la prohibición de embargo de los recursos que financian este sistema en las siguientes normas: (i) en el artículo 25 de la Ley Estatutaria N° 1753 de 201515 , (ii) en el parágrafo 2° del artículo 275 de la Ley 1450 de 201116 , (iii) en el artículo 21 del Decreto 028 de 200817 , (iv) en el artículo 4° del Decreto 4962 de 201118 , (v) en el artículo 2.6.4.1.4 del Decreto 2265 de 201719 , (vi) el artículo 8° del Decreto 50 de 2003, etc. 55. Así las cosas, y con ocasión de las distintas fuentes de financiación del SGSSS, se tiene que el alcance y aplicación del principio de inembargabilidad debe analizarse de acuerdo con cada fuente de financiación y a partir de allí determinar si resultan aplicables, y en qué medida, las excepciones al principio de inembargabilidad de los recursos públicos.

B. Las Empresas Sociales del Estado -ESE- carecen de competencias para adelantar procesos administrativos de cobro coactivo.

Con relación a la naturaleza y régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado, la Ley 100 de 1993, dispuso en el artículo 194 que *(...) "La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública*

[10] Corte Constitucional, sentencias C-577 de 1995, SU-480 de 1997.
[11] Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, sentencia del 04 de noviembre de 2022, Radicado: 25000-23-15-000-2022-00580-01 Consejero Ponente: Dr. Roberto Augusto Serrato Valdés

descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa" (...) y en el artículo 195: *(...)* "*2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social." (...) "6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública."*

En lo que tiene que ver con la jurisdicción coactiva de las Empresas Sociales del Estado, en Sentencia C-666 de 2000[12], la Corte Constitucional restringió su ámbito frente a las entidades descentralizadas vinculadas, en tanto consideró que la autorización legal que ostentan éstas, para ejercer el poder coactivo se refiere exclusivamente al cobro de recursos provenientes de **"funciones netamente administrativas"** confiadas por el legislador de modo expreso. La Ley 1066 de 2006[13], señala en el parágrafo 1° del Artículo 5°, lo siguiente:

*"**Artículo 5°.- Facultad de cobro coactivo y procedimiento para las entidades públicas.** (...) Parágrafo 1°. Se excluye del campo de aplicación de la presente ley las deudas generadas de contratos de mutuo o aquellas derivadas de obligaciones civiles o comerciales en las que las entidades indicadas en este artículo desarrollan una actividad de cobranza similar o igual a los particulares, en desarrollo del régimen privado que se aplica al giro principal de sus negocios, cuando dicho régimen esté consagrado en la ley o en los estatutos sociales de la sociedad".* (resaltos propios)

En tal sentido, las ESE, si bien son entidades descentralizadas, y éstas no son consideradas como "organismos vinculados", sí *desarrollan actividades de gestión* (prestación de servicios de salud) *y no de autoridad*, semejantes a las de los particulares y aunque estén destinados a hacer efectivos los fines del Estado, compiten en igualdad de condiciones con los particulares en actividades de ventas de servicios de salud, por lo que, no les es aplicable a éstas, la facultad excepcional de jurisdicción coactiva para recaudar en forma rápida las deudas existentes a su favor o para hacer cumplir obligaciones contractuales, ya que de hacerlo, violaría el principio de equidad respecto de las partes comprometidas en un conflicto, y al hacer su conversión en *jueces y partes*, podría afectarse el equilibrio de las relaciones entre ellas y los particulares, con quienes compiten libremente en la prestación de servicios de salud, así como los principios de debido proceso; imparcialidad y de juez natural. Las ESE, no pueden estar investidas de una atribución exorbitante, que se encuentra ligada al concepto de imperio del estado, soberanía, poder y autoridad.

---

[12] Referencia: expediente D-2706. Demanda de inconstitucionalidad (parcial) contra el artículo 112 de la Ley 6 de 1992. Actor: Hernán Antonio Barrero Bravo. Magistrado Ponente: Dr. José Gregorio Hernández Galindo. Santa Fe de Bogotá, D.C., 8 de junio de 2000.

[13] "Por la cual se dictan normas para la normalización de la cartera pública y se dictan otras disposiciones."

Tanto la Superintendencia Nacional de Salud como el Ministerio de Salud y Protección Social, han emitido conceptos que de forma reiterada han confirmado que las ESE no pueden ejercer funciones de cobro coactivo y en consecuencia tampoco podrán decretar medidas cautelares para el recaudo de créditos derivados de facturas por la prestación de servicios de salud, como se resume:

(i) **Supersalud. Concepto 20221600001480621.**

"Las Empresas Sociales del Estado no podrían ejercer funciones de cobro coactivo al actuar en sus relaciones comerciales como los demás particulares y en consecuencia tampoco podría adelantar medidas cautelares para el recaudo de este tipo de créditos."

La facultad de cobro coactivo no solo está atada a un criterio orgánico, sino que, en la mayoría de casos, continúa ligada a los conceptos de imperio, soberanía, poder y autoridad.

(ii) **Supersalud. Concepto 20221600001530971.**

"(...) Por lo anterior, y reiterando lo concluido por Superintendencia en concepto 20221600001480621 de 24 de octubre de 2022, las Empresas Sociales del Estado no podrían ejercer funciones de cobro coactivo al actuar en sus relaciones comerciales como los demás particulares y en consecuencia tampoco podría adelantar medidas cautelares para el recaudo de este tipo de créditos. (...)"

"(...) Es por lo que, la cartera originada por la prestación de servicios de salud en las que las ESE desarrollan una actividad similar o igual a la de los particulares, son excluidas del campo de aplicación de las facultades excepcionales de Cobro Coactivo. (...)"

"(...) Únicamente podría hacer uso de la prerrogativa de cobro cuando el documento que preste mérito ejecutivo se encuentre enlistado en el artículo 99 de la ley 1437 de 2011, lo que no ocurre en relación con las facturas o demás documentos expedidos en ejercicio de su objeto social en que consten servicios de salud prestados por estas, y que por ende no son expedidos como actos de autoridad en uso de funciones administrativas. (...)"
(resaltos propios)

(iii) **Supersalud. Concepto 202111000108841.**

"(...) En cuanto a la facultad de cobro de coactivo, de la lectura de los artículos 98 y 104 de la Ley 1437 de 2011, aparentemente podría predicarse que en efecto, las Empresas Sociales del Estado, como entidades públicas [criterio orgánico], se encuentran facultadas para ejercerla; ***sin embargo, dicha conclusión sería apresurada, en la***

medida que con ello se inobservaría lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 99 de la Ley 1437 de 2011, esto bajo el entendido que, los contratos que celebran las Empresas Sociales del Estado se reputan, por regla general, como privados, mientras que dicho numeral hace referencia a los contratos estatales de que trata el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y a los actos administrativos declaratorios de incumplimiento y caducidad de estos.

Similar situación se presenta entonces respecto de la facturación derivada de la ejecución de un contrato para la prestación de servicios de salud, suscrito por una Empresa Social del Estado, pues tales documentos comerciales y cambiarios[1] también ostentan naturaleza privada al igual que su fuente y no prestan mérito ejecutivo en favor del Estado en los términos del artículo 99 de la Ley 1437 de 2011, por las razones antes señaladas, lo que impide a las entidades que refiere en su consulta, exigir su cumplimiento a través del inicio de procesos de cobro coactivo. (...)"

En este orden de ideas, se considera a la luz del análisis expuesto, ***que las Empresas Sociales del Estado carecen de las prerrogativas de cobro coactivo respecto de las facturas cambiarias derivadas de la contratación de servicios de salud y por tanto de la posibilidad de decretar medidas cautelares para ese efecto, puesto que, como se explicó previamente, tales entidades se encuentran en competencia con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud mixtas y privadas, por lo que un trato diferencial, implicaría el quebrantamiento de las condiciones de igualdad que gobiernan el mercado, en detrimento de los demás actores que interactúan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...)"*** (resaltos propios)

(iv) Ministerio de Salud y Protección Social. Concepto 202011600503291

"(...) Por lo tanto, es posible concluir que, ***para que entidades como las Empresas Sociales del Estado, que desarrollan actividades que se consideran de gestión (prestación de servicios de salud), y no administrativas, en las cuales compiten en igualdad de condiciones con los particulares, deberá mediar norma expresa de carácter legal en la que se autorice la función de ejecución coactiva y se determinen las condiciones de su ejercicio.***

(...) las funciones de gestión que ejercen las Empresas Sociales del Estado, destinadas a hacer efectivo uno de los fines del Estado, como es la prestación del servicio público de salud, actividad en la que compiten en igualdad de condiciones con los particulares, estas no cuentan con la facultad de cobro coactivo.

Por lo expuesto y en atención al gran volumen de procesos de cobro coactivo y embargos tramitados sin fundamento legal y sin el mínimo cumplimiento de requisitos

administrativos, la Procuraduría General de la Nación **INSTA** a los destinatarios de la presente Circular, a observar rigurosamente el ordenamiento jurídico y jurisprudencial antes citado, a adelantar las actuaciones que correspondan en el marco de sus funciones y a denunciar los casos que se conozcan sobre esta irregular e ilegal práctica de cobros coactivos en procedimientos administrativos por parte de las ESES y el embargo de recursos del SGSSS.

También se **ADVIERTE** que se compulsará copia a las autoridades disciplinarias, fiscales y penales, de los casos de transgresión del ordenamiento jurídico puestos en conocimiento de este organismo de control.

DIANA MARGARITA OJEDA V.
Procuradora Delegada con Funciones Mixtas 7:
para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social

LUIS RAMIRO ESCANDÓN H.
Procurador Delegado con Funciones Mixtas 6:
para la Conciliación Administrativa

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CIRCULAR No. 014

DE: **PROCURADOR GENERAL DE LA NACIÓN**

PARA: **PROCURADORES DELEGADOS PARA ASUNTOS LABORALES, CIVILES Y ADMINISTRATIVOS, JUDICIALES, JUECES DE LA REPÚBLICA Y SUPERINTENDENCIA FINANCIERA**

ASUNTO: **INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DESTINADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

FECHA: **8 de junio de 2018**

Respetados Doctores:

El Procurador General de la Nación, en ejercicio de las funciones constitucionales previstas en el artículo 277 de la Constitución Política, que establece bajo su dirección el ejercicio de las funciones preventivas y de intervención desarrolladas en el Decreto Ley 262 de 2000, y teniendo en cuenta los lineamientos estratégicos de la defensa del orden jurídico, el patrimonio público, las garantías y derechos fundamentales, insta a los Procuradores Judiciales para Asuntos Laborales, Civiles y Administrativos, para que en cumplimiento de las funciones a su cargo de conformidad con los artículos 44, 45 y 48 del Decreto antes referido, se hagan parte dentro de los procesos atendidos por todos los jueces de la jurisdicción constitucional, administrativa, civil, penal, laboral y demás jueces en contra de Entidades Promotoras de Salud, Empresas Sociales del Estado - ESE y en general, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los que se decreten medidas cautelares de embargo sobre recursos que la ley le ha dado el carácter de inembargables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-.

Lo anterior, teniendo en cuenta lo preceptuado en la Constitución Política, leyes, decretos, jurisprudencia de la Corte Constitucional, circulares de la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Ministerio de Salud y Protección Social, Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y Autos de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, que disponen lo siguiente:

FUNDAMENTOS DE LA PROHIBICIÓN DE INEMBARGABILIDAD

1. El artículo 63 de la Constitución Política, establece una cláusula general de inembargabilidad de los recursos públicos, en tanto que el artículo 48 ibídem, a su vez, determina que los recursos de la seguridad social no se podrán destinar ni utilizar para fines diferentes a ella. Es decir, que los dineros que pertenecen a la seguridad social gozan de un atributo de destinación específica y las medidas de embargo contra los mismos configura una violación del orden institucional.

2. El artículo 9 de la Ley 100 de 1993, el cual dispone que *"No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella"*, y el artículo 182 ibídem señala –respecto de los ingresos de las EPS–, que las cotizaciones que se recauden a través de éstas pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta norma complementa la previsión de inembargabilidad del numeral 1°.

3. En idéntico sentido, el artículo 19 del Decreto 111 de 1996 instituye la inembargabilidad de las rentas incorporadas en el Presupuesto General de la Nación y la obligación de los funcionarios judiciales de abstenerse de decretar órdenes de embargo sobre las mismas, por lo que también son inembargables los recursos de dicho presupuesto, asignados para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios y que son girados directamente a la ADRES por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y que le corresponde administrar a esta Entidad, en virtud del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.

4. La prohibición de embargo, la reitera el artículo 91 de la Ley 715 de 2001 que consagra que los recursos del Sistema General de Participaciones, dentro de los cuales se encuentran los destinados a financiar el Régimen Subsidiado de Salud, no pueden ser objeto de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera, por su destinación social constitucional, previsión que fue reiterada en el artículo 21 del Decreto Ley 28 de 2008 y en el artículo 2.6.1.2.7 del Decreto 780 de 2016.

5. El artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, impuso una serie de obligaciones en cabeza del Estado como responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, entre las cuales se destacan: i) «Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas [...]» y ii) «Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población».

6. A su vez, el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, reafirmó la cláusula de inembargabilidad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud al señalar que «los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente».

7. La Procuraduría General de la Nación a través de la Circular No. 034 de 2010, insta a las autoridades para que, en materia de embargos, den aplicación a la normatividad y jurisprudencia de las Altas Cortes que regulan lo relacionado con la inembargabilidad de los recursos provenientes, entre otros, del Sistema General de Participaciones.

8. La Contraloría General de la República mediante Circular emitida el 13 de julio de 2012, desarrolló el principio de inembargabilidad de los recursos que financian el Régimen Subsidiado.

9. El Ministerio de Salud y Protección Social, en la Circular 0024 del 25 de abril de 2016, impartió instrucciones precisas inherentes al deber que les asiste a los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSS, de velar por la protección de los recursos pertenecientes al citado Sistema, debido a su carácter de parafiscales con destinación específica y por ende inembargables.

10. Por medio de la La Ley 1753 de 2015 «Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018», en el artículo 66 se crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, -ADRES-, con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La Entidad hace parte del SGSSS, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

11. Ante la creación de ADRES, el artículo 2.6.4.1.4. del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 2 del Decreto 2265 de 2017, estableció que «los recursos que administra la ADRES, incluidos los de las cuentas maestras de recaudo del régimen contributivo, así como los destinados al cumplimiento de su objeto son inembargables conforme a lo previsto en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015». Así la nueva institucionalidad reforma las reglas de inembargabilidad.

12. La Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado expidió la Circular Externa No 007 del 19 de octubre de 2016, a través de la cual se establecieron los lineamientos de prevención y defensa jurídica en materia de medidas cautelares contra recursos públicos inembargables.

En tal sentido, la Corte Constitucional dispuso al referirse al carácter parafiscal de los recursos en Auto de Seguimiento 263 de 2012 de verificación del grado de cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008[1], de la siguiente manera:

> *4.3. Carácter parafiscal de los recursos asignados al sector salud.*
>
> *Aunque para la jurisprudencia constitucional este tema pareciera no tener discusión alguna, ante las erróneas concepciones de algunos de los actores que concurren en el sistema, en esta ocasión,* ***la Corte considera necesario reiterar que los recursos destinados a la salud son parafiscales sin perjuicio de quien los administre, por tanto, la pérdida o destinación indebida de tales dineros generan un detrimento patrimonial a las arcas del Estado, que debe ser investigada por los entes de control y judiciales competentes.***

[1] En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación impartió una serie de decisiones dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que tomaran las medidas necesarias para corregir las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

La referida Corte en Auto 552A/15 dentro del Seguimiento a la Sentencia T-760/08 se pronunció respecto de los embargos decretados sobre cuentas maestras de recaudo de cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, concluyendo la necesidad de que tanto la Procuraduría General de la Nación como el Consejo Superior de la Judicatura adelanten la respectiva vigilancia y control sobre las decisiones judiciales que ordenan el embargo.

Aunado a lo anterior, es necesario precisar que la **inembargabilidad de los recursos depositados en las cuentas maestras de recaudo aperturadas por las EPS por delegación del entonces FOSYGA hoy ADRES**, ejecutadas dentro procesos ejecutivos administrativos, laborales y civiles en los cuales se decretan medidas cautelares, se sustenta en las siguientes consideraciones:

El literal d) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, establece dentro de las características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la siguiente:

> *d) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del sistema general de seguridad social-fondo de solidaridad y garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las entidades promotoras de salud.*

Esto quiere decir que, para efectos del recaudo de cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que las EPS actúan en calidad de DELEGATARIO del entonces Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y que los valores obtenidos por dicho concepto no hacen parte del patrimonio de las EPS, sino que pertenecen concretamente al referido Sistema. Así lo entiende la Corte Constitucional en Sentencia 824 de 2004[2] al indicar respecto a las cotizaciones por parte de los afiliados al SGSSS:

> *Tratándose del servicio público de la seguridad social en salud, éste requiere contar con un flujo constante de recursos que permita su financiación y por ende la atención adecuada y oportuna de las prestaciones correspondientes. Estos recursos provienen básicamente de las cotizaciones de sus afiliados, las cuales son establecidas por el Estado en ejercicio de su potestad impositiva.* ***Dichas cotizaciones constituyen contribuciones parafiscales****, pues se cobran de manera obligatoria a un determinado número de personas cuyas necesidades en salud se satisfacen con los recursos recaudados.*
>
> *Sobre el carácter parafiscal de los recursos de la seguridad social en salud y su destinación específica la jurisprudencia constitucional ha sido reiterativa. Ha dicho la Corte:*
>
> *«Los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud son rentas parafiscales porque son contribuciones que tienen como sujeto pasivo un sector específico de la población y se destinan para su beneficio, y conforme al principio de solidaridad, se establecen para aumentar la cobertura en la prestación del servicio de salud. El diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud define en forma específica los destinatarios, los beneficiarios y los servicios que cubre el Plan Obligatorio de Salud, todos elementos constitutivos de la renta parafiscal».* (Negrilla fuera de texto)

---

[2] Ver además sentencias: C-577 de 1997. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; SU-480 de 1997, C-821 de 2001 y C-1040 de 2003. M.P. Clara Inés Vargas.

Ahora bien, una vez esclarecida la destinación específica y el carácter parafiscal de las cotizaciones, es necesario señalar que de acuerdo al artículo 2.6.4.2.1.2 del Decreto 2265 de 2017 que derogó el 2.6.1.1.1.1 del Decreto 780 de 2016, el recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud se hace a través de dos cuentas maestras que le corresponde registrar las EPS y las EOC ante el entonces FOSYGA, hoy ADRES, las cuales se manejarán exclusivamente para el recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo de Salud y serán independientes de las que manejen los recursos de la entidad y cuya apertura y selección de la entidad financiera se hará por la EPS o por la EOC a nombre de la ADRES.

La norma en comento señala claramente que *"Las cuentas registradas se manejarán exclusivamente para el recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo de Salud y serán independientes de las que manejen los recursos de la entidad. Su apertura y selección de la entidad financiera se hará por la EPS o por la EOC[3] a nombre del Fosyga",* por lo que los recursos depositados en ellas no pueden ser calificados como propios de dichas entidades o que hacen parte de su patrimonio, en tanto corresponden a cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por ende, tienen el carácter de inembargables de conformidad con la Constitución Política, la Ley, la jurisprudencia de las Altas Cortes, particularmente, la de la H. Corte Constitucional y los pronunciamientos emitidos por la Procuraduría General de la Nación, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Así las cosas, se puede concluir que la apertura de dichas cuentas maestras por parte de las EPS se realiza en cumplimiento de disposiciones legales y reglamentarias y ello no transforma la naturaleza de los recursos que allí se recaudan. Entonces, de acuerdo al marco general expuesto en el acápite inmediatamente anterior, se reitera que las cotizaciones depositadas en las cuentas maestras de recaudo aperturadas por las EPS son por expresa disposición del artículo 182 de la Ley 100 de 1993, independientes de los recursos de propiedad de dichas Entidades, y constituyen *"(...) una típica contribución parafiscal, distinta de los impuestos y las tasas (...) que se cobra de manera obligatoria a un grupo de personas cuyas necesidades en salud se satisfacen con los recursos recaudados" y que por estar destinadas a financiar el servicio público de salud, con fundamento en los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad. "(...) no entran a engrosar las arcas del presupuesto Nacional"[4].*

En conclusión, las cotizaciones son recursos públicos que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, destinados de forma específica para la prestación de servicios de salud, sin que puedan ser destinados a fines diferentes de los previstos constitucional y legalmente, y que por ende gozan del atributo de inembargabilidad.

En virtud de lo expuesto,

DISPONE:

PRIMERO: ASIGNAR a los procuradores judiciales para los asuntos laborales, civiles y administrativos con el fin de que hagan parte de los procesos judiciales en los que se decreten medidas de embargo sobre los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud administrados por la ADRES, en atención a lo preceptuado respecto a su carácter inembargable en los casos de titularidad del Sistema y no de los ejecutados. Lo anterior en forma oficiosa o a solicitud de parte.

---

[3] Entidades Obligadas a Compensar.
[4] Corte Constitucional en Sentencia 577 de 1995

SEGUNDO: REALIZAR las acciones preventivas y de control de gestión, de intervención y disciplinarias que estimen pertinentes para proteger los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con sus competencias constitucionales y legales consagradas en el Decreto Ley 262 de 2000 Artículos 37, 38, 44, 45 y 48. Sin perjuicio, de las agencias especiales que les asigne el Procurador General de la Nación y de las facultades que consagra el artículo 46 del Código General del Proceso, que determina la calidad de los agentes del Ministerio Público, como sujetos procesales especiales.

TERCERO: EXHORTAR a los Jueces de la República para que se abstengan de ordenar o decretar embargos sobre los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, por cuanto no solo se estaría vulnerando el ordenamiento jurídico colombiano, sino que se afecta gravemente el patrimonio público y el orden económico y social del Estado de una parte y de otra la prestación del servicio de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para los habitantes del territorio nacional, toda vez que decretar órdenes de embargos contra estos recursos, en especial, los depositados en las cuentas maestras de recaudo aperturadas por las Entidades Promotoras de Salud, desconoce la posibilidad de prestar servicios de salud a afiliados de las demás EPS contra las que no recae medida, como quiera que se afectan los recursos del SGSSS administrados por la ADRES, parte de los cuales son direccionados a estas.

CUARTO: VERIFICAR en cada caso particular, que los jueces y autoridades administrativas den cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 594 del Código General del Proceso, en concordancia con lo establecido mediante la sentencia C-1154 de 2008.

QUINTO: PREVENIR a los señores Jueces de la República que, afectar el principio de inembargabilidad al que se refiere las normas citadas, puede generar investigaciones en el Consejo Superior de la Judicatura.

SEXTO: EXHORTAR a la Superintendencia Financiera, para que solicite a las Entidades Bancarias advertir a los operadores judiciales cuando la medida de embargo vaya a afectar cuentas Inembargables de recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SÉPTIMO: La presente circular rige desde la fecha de su expedición.

JUAN CARLOS CORTÉS GONZÁLEZ
Viceprocurador General de la Nación,
con funciones de Procurador General de la Nación

Proyectó y Revisó: Iván Darío Gómez Lee – Procurador Delegado para la Conciliación Administrativa
Luis Adolfo Díazgranados Quimbaya – Procurador Delegado para la Salud, la Protección Social y el Trabajo Decente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER
JUZGADO TERCERO LABORAL DEL CIRCUITO DE CÚCUTA

San José de Cúcuta, veintiocho (28) de mayo de dos mil dieciocho (2018)

TIPO DE PROCESO:	**EJECUTIVO LABORAL**
RADICADO Nº:	**54-001-31-05-003-201-00463-00**
DEMANDANTE:	**I.P.S. CLÍNICA SANTA ANA S.A.**
DEMANDADO:	**NUEVA E.P.S. S.A.**

Procede el Despacho a resolver el recurso de reposición y en subsidio de apelación presentado por la parte ejecutada en contra del auto dictado el día 13 de octubre de 2016, mediante el cual se libró mandamiento de pago en contra de la NUEVA E.P.S. S.A., por la suma de $229.055.443 por concepto de prestación de servicios de salud; por lo que este Despacho realiza las siguientes:

1. ANTECEDENTES

Mediante el auto dictado el día 13 de octubre de 2016, mediante el cual se libró mandamiento de pago en contra de la NUEVA E.P.S. S.A., por la suma de $229.055.443 por concepto de prestación de servicios de salud, con fundamento en que las copias del original de las facturas de venta que se aportaron como título ejecutivo, prestan mérito ejecutivo toda vez que de las mismas se desprende una obligación clara, expresa y exigible, de conformidad con lo establecido en el artículo 100 del C.P.T.S. y el artículo 422 del C.G.P. (fol. 79 a 81).

Por su parte, el apoderado de la parte ejecutada presentó dentro de la oportunidad legal recurso de reposición y en subsidio de apelación en contra la anterior decisión, conforme se observa a folios 109 a 122 del expediente, con fundamento de lo siguiente:

1. Que existe un régimen jurídico especial para la facturación en el servicio de salud, en consideración a que el establecido en el estatuto comercial, no reproduce el rigorismo y minuciosidad con el cual debe ser evacuado el sistema.
2. Que el Ministerio de Protección Social emitió el concepto Nº 178001 de 10 de junio de 2009, en el cual concluyó que la facturación de los servicios de salud no está sujeta a la aplicación de lo indicado en la Ley 1231 de 2008, y por tal razón los prestadores de servicios de salud deben aplicar lo indicado en la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007, para efectos de la facturación.
3. Que al cotejar cada una de las copias de las facturas recibida con el fin de verificar que estas cumplieran con los requisitos formales y legales de la factura para prestar mérito ejecutivo, se evidencio que no cumplían con las exigencias legales para predicar que se trata de obligaciones claras, expresas y actualmente exigibles a cargo del deudor de conformidad con el artículo 422 del C.G.P.
4. Señala que la factura de venta de servicios de salud presentan inconsistencias en el comprobante de recibo del usuario por ausencia de firma y huella del paciente, debido a que las normas que regulan su expedición exigen que contengan el comprobante de recibido del usuario, que de conformidad con el literal a) del numeral 8 del anexo 5 de la resolución Nº 3047 de 2008, corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario con su firma y/o su huella digital o de quien lo represente.
5. Que el titulo ejecutivo que se invoca es inexistente por la falta del requisito de la factura reglamentado por los literales c) e i) del artículo 617 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que el artículo 8 del Decreto 046 de 2006, exige que las facturas cumplan con los requisitos exigidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, debido a que las facturas aportadas al proceso no contienen la mención de la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas
6. Que la radicación de la factura no implica la aceptación y las inconsistencias con la firma y huella del beneficiario del servicio, configuran la falta de aceptación del servicio de salud prestado relacionado en la factura, conforme el artículo 773 del Código de Comercio, modificado por el

Scanned by CamScanner

artículo 2° de la ley 1231 de 2008; y que las facturas aportadas no avistan mención alguna que acredite que fueron aceptadas, dado que en la misma se reportó un sello de la NUEVA E.P.S, en que la factura está en proceso de verificación y por lo tanto, no se encuentra aceptada por el receptor.

2. CONSIDERACIONES

Con el fin de resolver la controversia que se plantea sobre los requisitos formales de las facturas aportadas como título ejecutivo es preciso indicar que el artículo 100 del C.P.T., dispone que *"Será exigible ejecutivamente el cumplimiento de toda obligación originada en una relación de trabajo, que conste en acto o documento que provenga del deudor o de su causante o que emane de una decisión judicial o arbitral firme. Cuando de fallos judiciales o laudos arbitrales se desprendan obligaciones distintas de las de entregar sumas de dinero, la parte interesada podrá pedir su cumplimiento por la vía ejecutiva de que trata este Capítulo, ajustándose en lo posible a la forma prescrita en los artículos 987 y siguientes del Código Judicial, según sea el caso."*

En concordancia con ello, el artículo 422 del C.G.P. señala que *"Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial, o de las providencias que en procesos de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de justicia, y los demás documentos que señale la ley. (...)."*

En este caso, la I.P.S. CLÍNICA SANTA ANA S.A., presentó como título ejecutivo las facturas de venta obrantes a folio 8 a 67 del expediente, las cuales fueron radicadas ante la NUEVA E.P.S., y se consignó en cada una el sello de recibido con la respectiva fecha y la leyenda que reza lo siguiente *"FACTURA EN PROCESO DE VERIFICACIÓN, POR LO TANTO, NO SE ENCUENTRA ACEPTADA POR EL RECEPTOR."*; mientras que la entidad ejecutada, señala que éstos documentos no cumplen con los requisitos establecidos por la Ley para constituirse en un titulo ejecutivo.

De esta manera, le corresponde a este Despacho determinar si las cuentas de cobro y facturas presentadas por la CLÍNICA SANTA ANA S.A., como base de la ejecución, constituyen título ejecutivo, o si por el contrario, faltan a los requisitos de los artículos 422 C.P.C. en concordancia con el artículo 100 C.P.L. como lo alega la NUEVA E.P.S., al atacar el auto que ordenó librar mandamiento de pago.

Respecto al pago de facturas por servicios de salud, la Ley 1122 de 2007 prevé en su artículo 13 literal d) lo siguiente:

> *"Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura"*

De otro lado, el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, dispone lo siguiente:

> ***"Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social".***

Ahora bien, de conformidad con la Resolución 3047 de 14 de agosto de 2008 del Ministerio de la Protección Social, la glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por el prestador del servicio de salud, el artículo 23 del Decreto citado, estipula un procedimiento para el trámite de las glosas, en los siguientes términos:

Scanned by CamScanner

"ARTÍCULO 23. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley."

De acuerdo con lo anterior, cuando se presenta la glosa de una factura tal circunstancia impide dar por presentada la factura, específicamente, la Resolución 3047 de 14 de agosto de 2008, determinó que las glosas se presentan por facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura, pertinencia, devolución; es decir, que las causales para que operen son taxativas y se refieren a la falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio efectivo no autorizado, servicio ya cancelado. En razón de ello, a la entidad responsable del pago le corresponde al momento de efectuar la devolución las causales de la misma, dentro de los términos establecidos en el artículo 23 ibídem.

En cuanto a la aceptación de la factura, se debe aplicar lo dispuesto en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 23 del Decreto 4747 de 2007, en cuanto a que la Entidad Responsable del Pago cuenta con 30 días a partir de la presentación de la factura para informar las glosas o las devoluciones a las que haya lugar, transcurridos los cuales sin que se presenten objeciones la misma se entiende aceptada y debe ser pagada. Lo anterior, en aplicación del artículo 3 de la Ley 153 de 1887 conforme al cual prevalece la norma especial sobre la general, en este caso la contenida en la Ley 1122 de 2007.

Conforme las normas citadas, se observa que los requisitos para el cobro de facturas por prestación de servicios de salud está regido por normas especiales, que prevén la forma en que los pagos respectivos deben realizarse, estableciendo términos para generar glosas, devoluciones y respuestas.

Adicionalmente a lo anterior, debe decirse que en virtud de lo establecido en el parágrafo 1° del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 "*La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.*"; es decir, que las facturas libradas por los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 621 y 774 del C. de Co. (modificado por el art. 3 de la Ley 1231 de 2008) y 617 del Estatuto Tributario Nacional.

Y en caso que la factura no cumpla con los requisitos establecidos en el articulo 774 del C. de Co. (modificado por el art. 3 de la Ley 1231 de 2008) perderá su carácter de título valor, lo cual no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura. Asimismo, de conformidad con los artículos 779 y 691 del C. de Co. el Prestador de Servicios de Salud debe presentar la factura para su pago el día de su vencimiento o dentro de los 8 días siguientes comunes, y en ausencia de mención expresa de la fecha de vencimiento en la factura, se entenderá que debe ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión (Num. 1 del artículo 774 del C. de Co. modificado por el art. 3 de la Ley 1231 de 2008).

Al respecto, tenemos que el artículo 774 del C. de Co., consagra los requisitos de las facturas en los siguientes términos:

"ARTÍCULO 774. REQUISITOS DE LA FACTURA. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1231 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

Scanned by CamScanner

1. *La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el ar-tículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.*

2. *La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.*

3. *El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.*

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas."

Conforme se observa de la lectura anterior, esta norma expresamente señala que la calidad de título valor de las facturas, no se afecta por la omisión de requisitos adicionales que establezcan normas diferentes a los consagrados en el artículo 774 del C. de Co., los cuales únicamente se refieren a que la factura contenga la fecha de vencimiento, la fecha de recibo de la factura y que el prestador del servicio deje constancia del estado del pago del precio o remuneración. Lo anterior, guarda su razón a que el título valor, como la factura, en virtud de lo establecido en el artículo 619 y 620 del C.Co., son literales y autónomos y son válidos implícitamente cuando cumplen los requisitos previstos en las normas que regulan su constitución.

No obstante, este Despacho considera que esta regla de literalidad y autonomía de la factura considerada como un título valor, únicamente aplica cuando se ejerza la acción cambiaria regulada por el artículo 780 del C.Co., cuya competencia le corresponde a los jueces civiles; más no cuando se trate de un proceso ejecutivo laboral regulado por el artículo 100 del C.P.T.S.S., en el cual se debe demostrar que a cargo del deudor existe una obligación clara, expresa y exigible.

Es decir que, las facturas de venta aportadas en el ámbito de la competencia de los jueces ordinarios laborales fijada en el numeral 5° del artículo 2° del C.P.T.S.S., el cual le asigna el conocimiento de *"La ejecución de obligaciones emanadas de la relación de trabajo y del sistema de seguridad social integral que no correspondan a otra autoridad."*, debe enmarcarse dentro de los lineamientos del artículo 100 ibídem, y en efecto verificar que en los documentos que se aporten como título ejecutivo, contengan una obligación clara, expresa y exigible; dado que en el ámbito de nuestra competencia no pueden tenerse como un título valor que se ejecute a través de la acción cambiaria del artículo 730 del C.Co.

Y para llegar a esta conclusión la cual difiere del criterio que recientemente ha establecido la Sala Laboral de Decisión del Tribunal Superior de Cúcuta, del cual se aparta respetuosamente este Despacho, debe establecerse la diferenciación entre título valor y título ejecutivo, cuyo alcance claramente ha sido explicado por el Consejo de Estado en la sentencia del 24 de enero de 2007, radicado N° 25000-23-26-000-2004-00833-01(28755), en la cual se explicó:

"1. El proceso ejecutivo tiene su fundamento en la efectividad del derecho que tiene el demandante de reclamar del ejecutado el cumplimiento de una obligación clara, expresa y exigible, motivo por el cual para iniciar una ejecución es necesario entrar a revisar el fundamento de la misma, esto es el título ejecutivo.

El artículo 488 del Código de Procedimiento Civil establece las condiciones formales y de fondo que debe reunir un documento para que de él se pueda predicar la existencia de título ejecutivo.

Las condiciones formales atañen a que los documentos que integran el título sean auténticos, y que emanen del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a la ley, o de las providencias que en procesos contencioso administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, o de un acto administrativo en firme.

Scanned by CamScanner

Las condiciones de fondo, buscan que en los documentos que sirven de base para la ejecución aparezcan consignadas obligaciones claras, expresas y exigibles a favor del ejecutante y a cargo del ejecutado, y que sean líquidas o liquidables por simple operación aritmética, en el caso de obligaciones pagaderas en dinero.1

En suma, la naturaleza del proceso ejecutivo requiere la presencia de un título ejecutivo desde la formulación de la demanda, que demuestre al juez la existencia a favor del ejecutante y a cargo del ejecutado de obligaciones claras, expresas y exigibles, emanadas del deudor o de su causante, o sea que cumpla con las condiciones señaladas en el citado artículo 488 del Código de Procedimiento Civil para que pueda darse curso al mismo.

2. Es importante precisar que no puede confundirse la noción de título ejecutivo con la de título valor, pues se trata de documentos que conceptualmente se encuentran regidos por principios y características jurídicas que los diferencian e individualizan.

En efecto, los títulos valores son bienes mercantiles que al tenor del artículo 619 del Código de Comercio constituyen documentos necesarios para legitimar el ejercicio del derecho literal y autónomo que en ellos se incorpora. Estos principios de autonomía y literalidad propios del título valor hacen que sea un documento formal y especial, toda vez que la fusión inescindible entre derecho y documento legitima al tenedor, conforme con la ley de circulación del título valor, a exigirlo en el tráfico jurídico y a perseguir su cobro por vía ejecutiva mediante la denominada acción cambiaria (artículo 780 y ss. del Código de Comercio), con independencia de la relación o negocio jurídico causal que le dio origen, imprimiendo seguridad y certeza al derecho que de manera incondicional en él se incorpora (artículos 619, 625, 626, 627 y 647 in fine).

Además, la regla general de la negociabilidad o circulación del título valor según sea al portador, a la orden o nominativo -entrega, o endoso y entrega, o endoso, entrega e inscripción en libro correspondiente- (artículos 648, 651 y 668 ibídem) y la presunción de autenticidad de su contenido y firmas, permiten individualizarlo de otro tipo de documentos (artículo 793 ejusdem) y constatar que se rige por un régimen normativo especial que no se aplica a los demás títulos ejecutivos.

Por su parte, como ya se indicó, el título ejecutivo es aquél que reúne los requisitos del artículo 488 del Código de Procedimiento Civil, para su cobro por vía de ejecución, esto es, un documento proveniente del deudor o de su causante en donde conste una obligación clara, expresa y exigible, en el que no se requiere la concurrencia de las características antes enunciadas de un título valor, tales como su legitimación o la autonomía; además, puede contener o no obligaciones puras o simples o sujetas a condición y tiene formas diversas de negociación como la cesión (artículo 1959 y ss. del Código Civil).

En conclusión, como puede advertirse si bien un título valor es un título ejecutivo, porque proviene de un deudor y contiene una obligación clara, expresa y exigible, no todo título ejecutivo es un título valor.

3. Según la demanda los dineros que se pretenden cobrar corresponden a los saldos insolutos de las facturas por concepto de prestación de servicios médicos que presentó para su cobro la Unión Temporal Promédica Bogotá a Cajanal E.P.S en desarrollo del Contrato No. 1302 de 2000.

En este sentido, cabe advertir que cuando se presenta como título de recaudo el contrato estatal, el título ejecutivo es complejo en la medida en que está conformado no solo por el contrato, en el cual consta el compromiso de pago, sino por otros documentos -normalmente actas y facturas- elaborados por la Administración y el contratista, en los cuales conste el cumplimiento de la obligación a cargo de este último y de los que se pueda deducir de manera clara y expresa el contenido de la obligación y la exigibilidad de la misma a favor de una parte y en contra de la otra.

Sólo cuando los documentos allegados como recaudo ejecutivo no dejan duda, en el juez de la ejecución, sobre la existencia de la obligación dada su claridad y su condición de expresa, además de su exigibilidad por ser una obligación pura y simple o porque siendo modal ya se cumplió el plazo o la condición, será procedente librar el mandamiento de pago.

---

1 Así lo dijo la Sala en auto de 16 de septiembre de 2004, radicado al número 26.726. Consejera Ponente María Elena Giraldo Gómez.

Scanned by CamScanner

Y tales condiciones no solo se predican como atrás se explicó de los títulos valores, sino que pueden predicarse de otros documentos como sucede con el contrato que como fuente de obligaciones bien puede llegar a constituir título ejecutivo, generalmente de la naturaleza de los complejos por cuanto la estructuración del título requiere además del contrato en el que se sustenta la obligación, la demostración del cumplimiento de la condición de la cual pende el pago, verbigracia el acta en la que consta el recibo por parte de la administración, de la obra o servicio.

Una vez explicadas los presupuestos legales y jurisprudenciales que considera pertinente este Despacho, para resolver la controversia planteada respecto a si se cumplen con los requisitos para que los documentos aportados por la parte ejecutante presten mérito ejecutivo, se procederá a examinar los reparos del recurrente.

En relación con el argumento de que este caso, la simple radicación de las facturas no implica su aceptación, advertimos que las facturas aportadas al proceso como título ejecutivo no contienen ninguna glosa para efectos de devolver las facturas remitidas por la I.P.S. CLÍNICA SANTA ANA S.A., en los términos del artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 14 de agosto de 2008; debido a que la simple indicación en las mismas de que la factura se encuentra en proceso de verificación y que no se encuentra aceptada por el receptor, no constituye una glosa que impida por tenerla por presentada; por lo que en este caso existe una aceptación tácita de las mismas.

No obstante, debe decirse que la presentación o radicación de la factura sin que sobre la misma se hubiese indicado alguna glosa o devolución, si bien configura una aceptación tácita, no implica per se que esta cumpla con los requisitos exigidos para que sea considerada un título ejecutivo, pues como se explicó anteriormente, además de cumplir con los requisitos formales de la factura exigidos por el C.Co, debido a que en este caso no se trata de una acción cambiaria, en virtud de lo establecido en el artículo 100 del C.P.T.S.S., de éstos documentos se debe extraer una obligación clara, expresa y exigible.

En relación con la claridad de la obligación, explica el profesor Juan Guillermo Velásquez Gómez[2]: *"a) Que la obligación sea expresa: quiere decir que se encuentre debidamente determinada, especificada, y patente en el título "y no sea el resultado de una presunción legal o una interpretación de algún precepto normativo... b) Que la obligación sea clara: consiste en que sus elementos aparezcan inequívocamente señalados; no puede haber duda de su objeto (crédito) ni de sus sujetos (acreedor y deudor). La obligación que no pueda entenderse en un solo sentido, no tendría la calidad de clara. El documento cuyo contenido es ambiguo, dudoso, o no entendible, no presta mérito ejecutivo" (Sublínea ajena al texto original).*

Al respecto dice el Dr. Jairo Parra Quijano[3]: *"La obligación no es expresa cuando haya que hacer explicaciones, deducciones, o cualquier otro tipo de rodeos mentales para explicar qué es lo que "virtualmente" contiene (...) Si se permitiera ingresar al ejecutivo con una obligación de este tipo, prácticamente el requisito de expreso habría que predicarlo del intérprete y no de la obligación, lo que resultaría atentatorio de los derechos del ejecutado que tendría que recurrir y defenderse de construcciones mentales y no de realidades manifiestas".*

En el caso estudiado, tenemos que por disposición expresa del artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, las facturas de prestación de servicios médicos se deben presentar con los debidos soportes, dentro de los cuales, se encuentra el comprobante de recibido del usuario, que corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente); requerimiento que se suple con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual; es decir, que ésta es una norma especial que es plenamente aplicable para establecer si con las facturas aportadas se cumple con el requisito de expresividad y claridad, en los términos del artículo 100 del C.P.T.S.S.

Para el caso concreto, se observa que si bien las facturas aportadas como titulo ejecutivo contienen la respectiva fecha de vencimiento, las cuales fueron recibidas por la entidad NUEVA E.P.S., mediante el respectivo sello en el cual se dejó constancia de la fecha de su radicación cumpliendo con la exigencia formal del artículo 774 del C.Co.; no están acompañadas de las pruebas que soportan la efectiva prestación del servicio de salud, dado que en las mismas no se consignó la firma del usuario que confirma tal hecho, por lo que carece del requisito de claridad y expresividad que exigen las normas laborales, y ante la ausencia de los mismos no era procedente librar la orden de pago solicitada por la parte ejecutante.

---

[2] Los Procesos Ejecutivos, décima tercera edición, 2006. Página 49.

[3] Parra Quijano, Jairo. Derecho Procesal Civil, Parte Especial, Ediciones Librería del Profesional, 1995, página 265.

Scanned by CamScanner

Y a juicio de este Despacho la simple factura que se pretende ejecutar no demuestra con claridad y expresividad que efectivamente se prestó el servicio médico a un afiliado, y en consideración a ello, se requiere constituir un título ejecutivo simple o complejo, pero del cual se obtenga la certeza, sin lugar a duda alguna, que la obligación reclamada es clara, expresa y exigible.

De lo explicado, se concluye que los referidos documentos no prestan mérito ejecutivo, por lo tanto, le asiste razón al recurrente al señalar que los documentos aportados no constituyen un título ejecutivo, razón por la cual se revocará la providencia del 13 de octubre de 2016, y en su lugar, se denegará el mandamiento de pago solicitado por ausencia de los requisitos del título ejecutivo, y como consecuencia de ello, se ordenarán levantar las medidas cautelares decretadas por este Despacho y se archivará el presente proceso.

5. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Cúcuta,

RESUELVE:

PRIMERO. REPONER la providencia del 13 de octubre de 2016, y en su lugar, se denegará el mandamiento de pago solicitado por ausencia de los requisitos del título ejecutivo, y como consecuencia de ello, se levantar las medidas cautelares decretadas por este Despacho, por las razones explicadas.

SEGUNDO: ARCHIVAR el presente proceso, por las razones explicadas.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MARICELA C. NATERA MOLINA
Juez

LUCIO VILLÁN ROJAS
Secretario

Scanned by CamScanner

Señor
JUZGADO CATORCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA.
E. S. D.

PROCESO: EJECUTIVO.
RADICADO: 08-001-31-53-014-2023- 00193- 00.
DEMANDATE: IPS MEDICAMENTOS Y EQUIPOS COLOMBIA SAS NIT 802.024.817-3
DEMANDADO: NUEVA EPS. S.A.

JOSE FERNANDO CARDONA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C., identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A.- con NIT 900.156.264 – 2 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por Cámara de Comercio que se anexa con este poder, con el presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a la doctor ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.619.277 de Bogotá y portador de la Tarjeta Profesional No. 132.870 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. - NUEVA EPS S.A., asuma la defensa judicial dentro del proceso de la referencia.

El Doctor ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO queda igualmente facultada para notificarse, interponer recursos, desistir, transigir y en general, adelantar todas las actuaciones inherentes al ejercicio del mandato, exceptuando la facultad de sustituir el poder.

En cumplimiento del art. 5° del Decreto 2213 de 2022 se indica que la demandante, Nueva Empresa Promotora de Salud – NUEVA EPS S.A., recibirá notificaciones en el correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co. y/o en la Carrera 85 K N° 46 A – 66, piso 2 ala sur de la ciudad de Bogotá.

El apoderado podrá ser contactado en el correo electrónico rowan.bautista@nuevaeps.com.co en la Carrera 85 K N° 46 A – 66, piso 2 ala sur de la ciudad de Bogotá.

JOSE FERNANDO CARDONA
C.C. No. 79.267.821
Representante Legal
NUEVA EPS S.A.

Acepto,

ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO
C.C. 79.619.277 de Bogotá
T.P. 132.870 del C.S. de la J.
PJ-

NOTARIA 73 BOGOTÁ

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN Y RECONOCIMIENTO

NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

LA NOTARIA 73 DE BOGOTÁ HACE CONSTAR QUE EL PRESENTE DOCUMENTO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE POR JOSE FERNANDO CARDONA URIBE, QUIEN EXHIBIÓ LA C.C.79267821 Y TARJETA No. **** C.S.J. Y DECLARÓ QUE LA FIRMA Y HUELLA QUE APARECE EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO.

martes 12 de septiembre de 2023

BOGOTÁ D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Hector F. Cortes Diaz

Notario Encargado

NOTARIA SETENTA Y TRES

V Rodriguez

Señor Juez
JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA.
ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co.
E. S. D.

PROCESO: EJECUTIVO
DEMANDANTE: IPS MEDICAMENTOS Y EQUIPOS COLOMBIA S.A.S.
DEMANDADO: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS.
Rad: 08-001-31-53-015-2023-00201-00 proceso acumulado No. 1.

REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN EN CONTRA DEL AUTO DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023 QUE ORDENA MEDIDAS CAUTELARES.

ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.619.277 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 132.870 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A., entidad legalmente constituida e identificada con el NIT 900.156.264-2, con domicilio principal en Bogotá, respetuosamente manifiesto a usted que a través de este escrito presento Recurso de Reposición y en Subsidio el de Apelación en contra la decisión del 25 de septiembre de 2023 que **ORDENA MEDIDAS CAUTELARES:**

Procedo en sustentar el presente recurso que considero de significativa relevancia para la protección de los recursos del SGSSS que son administrados por Nueva EPS y no de propiedad de esta.

I. CONSIDERANDO:

i) Que el presente recurso se instaura con el fin de evitar el perjuicio grave, irremediable e inminente que se desencadena por el embargo decretado y que compromete recursos destinados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

ii) Que los dineros afectados con el embargo decretado son; **a)** Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud que tienen carácter de parafiscales y se encuentran atados a una finalidad específica establecida por mandato de la Constitución, **b)** Compromete la prestación del servicio de salud en tanto los recursos embargados están destinados para cubrir las necesidades de salud de los afiliados al sistema, y **c)** pone en riesgo el derecho fundamental a la vida de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud al comprometer los recursos destinados para su atención, dejando la población en estado de inminente vulnerabilidad, y d) Los dineros embargados pertenecen al sistema de seguridad social en salud y no son propiedad de Nueva EPS.

iii) Los dineros que se afectan con el embargo decretado son inembargables por expresa disposición legal y constitucional. El artículo 48 de la Constitución Política establece de manera textual que “No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella”.

iv) El artículo 182 de la Ley 100 de 1993 establece que las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud - EPS pertenecen al sistema de Seguridad Social en Salud, norma que debe entenderse en concordancia con el artículo 48 de la Constitución Política.

v) El embargo decretado por su despacho agrava el flujo de recursos dentro de los diferentes actores del sistema, lo que impide garantizar la prestación oportuna de los servicios de salud a nuestros afiliados.

CONSIDERACIÓN ESPECIAL MEDIDA EXCESIVA

El auto del 25 de septiembre de 2023 que decreto el embargo y retención por la suma de **$195.841.262.641**, suma que consideramos es excesiva y superior a lo establecido en el inciso tercero del artículo 599 del Código General del Proceso que señala:

> *El juez, al decretar los embargos y secuestros, podrá limitarlos a lo necesario; el valor de los bienes no podrá exceder del doble del crédito cobrado, sus intereses y las costas prudencialmente calculadas, salvo que se trate de un solo bien o de bienes afectados por hipoteca o prenda* que garanticen aquel crédito, o cuando la división disminuya su valor o su venalidad.*

El aquí demandante tiene pretensiones por la suma de $63.614.175.094 que incluyen el proceso principal y el proceso acumulado, así las cosas, las medidas cautelares otorgadas por su despacho superan el doble a lo establecido en el artículo antes citado, por lo que se requiere que se adecuen las medidas cautelares señaladas en el auto del 25 de septiembre de 2023 conforme lo señala el CGP .

II. OBJETO DEL RECURSO.

Se revoque y se deje sin efecto el auto del auto del 25 de septiembre de 2023 que decreto el embargo y retención por la suma de **$195.841.262.641**, suma que consideramos es excesiva y superior a lo establecido en el inciso tercero del artículo 599 del Código General del Proceso a fin de:

a) Garantizar el principio de inembargabilidad de los recursos que se destinan para la atención en salud de la población afiliada y usuaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud administrada por Nueva EPS y se protejan las previsiones constitucionales y legales relativas a la naturaleza inembargable de los recursos destinados al Sistema de Seguridad Social en Salud;

b) Garantizar que los recursos que administra Nueva EPS se destinen para garantizar la atención en salud de la población afiliada y usuaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que estos no sean objeto de embargo y retención que limiten el flujo de caja con el que se pagan los servicios prestados a las Instituciones Prestadoras de Salud;

c) Se prevenga taxativamente a las entidades bancarias a las que les dirigió la orden de embargo de abstenerse de retener los dineros que Nueva EPS tiene en sus cuentas de con el fin de no afectar gravemente los recursos económicos destinados para la salud con un embargo de tal dimensión.

III. SUSTENTACION JURIDICA DE LA PRESENTE SOLCITUD.

Los Recursos de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud por estar envestidos de destinación específica no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente, en consecuencia, resulta preciso recordar que la naturaleza de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido determinada por la Corte Constitucional, a través de diferentes sentencias, en especial la **C- 577 de 1995**, como una típica ***"contribución parafiscal"*** que se cobra de manera obligatoria para satisfacer las necesidades de salud, expresando lo siguiente:

> *Según las características de la cotización en seguridad social, se trata de una típica contribución parafiscal, distinta de los impuestos y tasas. Los recursos provenientes de la cotización de seguridad social no entran a engrosar las arcas del presupuesto nacional, ya que se destinan a financiar el sistema general de seguridad social en salud.*

En relación con el carácter inembargable de los recursos destinados al Sistema de Seguridad Social en Salud, pero especialmente frente a su condición de parafiscales y por tanto como recursos de destinación específica, la Corte Constitucional ha señalado que

> *los dineros recaudados con destinación al sector de la salud, que son recursos parafiscales, no se encuentran en la misma situación jurídica de los dineros de los ahorradores e inversionistas particulares, pues no pueden ser utilizados con fines distintos para los cuales están destinados, ni ser objeto del giro ordinario de los negocios de las entidades financieras, ni formar parte de los bienes de dichos establecimientos, ni desviarse hacia objetivos diferentes.*

Ahora, la Procuraduría General de la Nación se ha pronunciado sobre la inembargabilidad de estos recursos mediante la directiva 22 de abril de 2010 señalando:

> *Por lo anteriormente expuesto, el Procurador General de la Nación, como defensor del orden jurídico, del patrimonio público y representante de la sociedad:*
>
> *1. Insta a las Entidades Públicas del Orden Nacional y Territorial (funcionarios ejecutores en procesos de cobro coactivo) y Red Bancaria para que acaten lo preceptuado en materia de inembargabilidad de los recursos del Sistema de Seguridad Social, los recursos del Sistema General de Participaciones-SGP- y las Rentas Incorporadas en el Presupuesto General de la Nación.*

2. *Así mismo, insta a los Jueces de la República para que se abstengan de ordenar o decretar embargos sobre los recursos del Sistema de Seguridad Social, recursos del Sistema General de Participaciones- SGP- y las Rentas Incorporadas en el Presupuesto General de la Nación, por cuanto no solo se estaría vulnerando el Ordenamiento Jurídico Colombiano, sino que se afecta gravemente el patrimonio público y el orden económico y social del Estado.*

3. *Se solicita a la Superintendencia Financiera como el organismo de Inspección, Vigilancia y Control del sector financiero, que imparta instrucciones a la Red Bancaria sobre la INEMBARGABILIDAD de los recursos del Sistema de Seguridad Social, de las Rentas incorporadas al Presupuesto General de la Nación y del Sistema General de Participaciones-SGP-.*

Así mismo en reciente pronunciamiento mediante Circular 014 de 2018 emita recientemente por la Procuraduría General de la Nación. Sobre INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DE LA SALUD.

El Procurador General de la Nación, en ejercicio de las funciones constitucionales previstas en el artículo 277 de la Constitución Política, que establece bajo su dirección el ejercicio de las funciones preventivas y de intervención desarrolladas en el Decreto Ley 262 de 2000, y teniendo en cuenta los lineamientos estratégicos de la defensa del orden jurídico, el patrimonio público, las garantías y derechos fundamentales, insta a los Procuradores Judiciales para Asuntos Laborales, Civiles y Administrativos, para que en cumplimiento de las funciones a su cargo de conformidad con los artículos 44, 45 y 48 del Decreto antes referido, se hagan parte dentro de los procesos atendidos por todos los jueces de la jurisdicción constitucional, administrativa, civil, penal, laboral y demás jueces en contra de Entidades Promotoras de Salud, Empresas Sociales del Estado - ESE y en general, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los que se decreten medidas cautelares de embargo sobre recursos que la ley le ha dado el carácter de inembargables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-.

Así mismo la Carta Circular 065 de 2018 de la Superintendencia Financiera, la cual se adjunta también señala:

La Circular, dirigida a los representantes legales de establecimientos de crédito y Banco de la República sobre órdenes de embargo decretadas sobre recursos inembargables, señala que son inembargables y no se podrán destinar ni utilizar para fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente, entre otros, los recursos del Sistema de Seguridad Social, entre estos los que administra la ADRES, los ingresos por cotizaciones que recauden las EPS y los recursos públicos que financien la salud, y los recursos del Sistema General de Participaciones –SGP.

Frente al tema de la inembargabilidad, El Congreso de la República ha expedido la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que en su artículo 25 dispone la inembargabilidad de los recursos de la salud, norma de categoría superior y de obligatorio cumplimiento, así:

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación

específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Así mismo en decisiones judiciales se deja expuesto el hecho, precisamente la repuesta de estas entidades financieras a este mismo tema relacionado con este tipo de medidas, la cual no es otra que se trata de dineros inembargables. Al respecto en fallo del Tribunal superior de Bogotá, dentro del expediente 2017-386 señala lo siguiente:

> *Así, teniendo en cuenta la respuesta de la administradora de los Recursos del sistema General de Seguridad Social – ADRES – vista a fols 93 y 94 de las diligencias; y las comunicaciones de las mismas entidades que las tienen en su poder y manejan, entre otras, el Banco Colpatria S.A., el Banco GNB SUDAMERIS, el Banco de Bogotá S.A. y demás respuestas que glosan a folios 42,43,62,63,65,67,77, y 78 de esta encuadernación , emitidos con fundamentos en sus bases de datos y demás recursos que tienen allí, indicaron que son productos utilizados como "recursos de la seguridad social " que son inembargables, por lo tanto sin mayores elementos de juicio para determinar que los dineros cuya medida cautelar se pretende correspondan a recursos propios de la entidad demandada, por cuanto ninguna entidad oficiada logró establecer aquella circunstancia , la negativa de la cautela pretendida se encuentra conforme a derecho y de acuerdo con la legislación y jurisprudencia que se regula en la materia.*

Adicionalmente, la Corte Constitucional en las Sentencias C-1154 de 2008 y C-539 de 2010, ha considerado que dicho principio de inembargabilidad tiene unas excepciones a saber la necesidad de satisfacer créditos u obligaciones de origen laboral con miras a efectivizar el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas, el pago de sentencias judiciales para garantizar la seguridad jurídica y el respeto de los derechos reconocidos en dichas providencias, y los títulos emanados del Estado que reconocen una obligación clara, expresa y exigible.

Como vemos las medidas cautelares solicitadas no se enmarcan dentro de los principios y excepciones antes mencionadas y como se enuncio en la normativa y jurisprudencia anotada en lo precedente, los recursos destinados a la salud **son inembargables** en su totalidad, sean cotizaciones, cuotas moderadoras, copagos, Unidades de Pago por Capitación-UPC, entre otros, en resumen, todo recurso público parafiscal con destinación específica dirigido a atender la salud.

En virtud de lo anteriormente expuesto, en garantía y uso del derecho defensa que asiste a mi representada, considero suficiente el motivo y el argumento para formular al despacho la presente solicitud.

IV. SOLICITUD

De conformidad con lo aquí expuesto solicito al señor juez:

Primero: Se decrete el levantamiento de las medidas cautelares libradas en contra de

Nueva EPS S.A, particularmente el embargo y retención por la suma de $195.841.262.641 dineros que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Segundo: Si no se accede a la solicitud anterior, se aclare el auto del 25 de septiembre de 2023 decretando las medidas cautelares conforme el inciso 3 del artículo 599 del Código General del Proceso.

Tercero: En caso de ser requerido oficiar a los Bancos y entidades a las que se les haya dirigido y radicado oficios de embargo para que dispongan y el levantamiento de la medida cautelar que recae sobre las cuentas de Nueva EPS, por que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuarto: Ordenar la devolución de los dineros que ya hayan sido embargados y puestos a disposición del juzgado con la consecuente elaboración de las órdenes de pago a favor de Nueva EPS.

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO

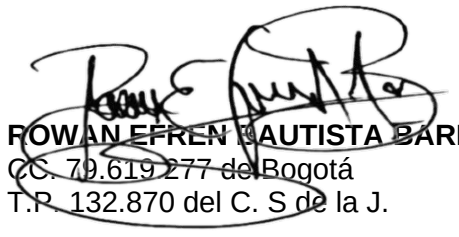
1. Artículos 48, 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política;
2. Artículo 25 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015;
3. Artículo 19 del Decreto 111 de 1996, en armonía con el artículo 18, 57 y 91 de la Ley 715 de 2001,
4. Sentencia C-1154 de 2008;
5. Artículo 182 de la Ley 100 de 1993;
6. Artículo 19 del Decreto Extraordinario 111 de 1996;
7. Decreto 1101 de 2007;
8. Artículo 38 de la ley 1110 de 2006; y las demás normas concordantes aplicables al presente asunto.
9. Demás jurisprudencia y normatividad concordante.

VI. NOTIFICACIONES.

- Para todos los efectos mi representada y el suscrito recibirán notificaciones en:

Carrera 85 K No. 46 A -66 Piso 2 de la ciudad de Bogotá correo electrónico:
secretaria.general@nuevaeps.com.co
Rowan.bautista@nuevaeps.copm.co

Abonado celular 3156003658 – 3222356701.



ROWAN EFREN BAUTISTA BAREÑO
C.C. 79.619.277 de Bogotá
T.P. 132.870 del C. S de la J.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008

(14 de agosto)

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

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

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

RESUELVE:

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

Artículo 2. Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago. Para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago de que trata el parágrafo 2 del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago.

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

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

Artículo 3. Formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias. El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.

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

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

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

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

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

Las direcciones territoriales de salud deberán poner a disposición en su página web de un espacio para que las instituciones prestadoras de servicios de salud registren la información de los pacientes de quienes no fue posible enviar el informe de atención inicial de urgencias en los términos aquí establecidos, para que pueda ser consultada exclusivamente por las entidades responsables del pago. La información a ser registrada será nombre del paciente, identificación, fecha de ingreso, nombre y código del prestador y nombre y código de la entidad responsable del pago. Las direcciones territoriales de salud implementarán los mecanismos de acceso a la anterior información y serán las responsables del mantenimiento, actualización, reserva y seguridad de la misma.

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

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

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

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

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud..

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

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

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

Parágrafo 1. La responsabilidad de los datos registrados en la solicitud de autorización de servicios es del prestador de servicios de salud solicitante, los

cuales serán tomados de la historia clínica que haya sido diligenciada por el médico tratante.

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

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

Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 6. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios electivos. Si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para la realización de servicios de carácter electivo, sean éstos ambulatorios u hospitalarios, el prestador de servicios de salud deberá adoptar el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución, el cual podrá ser enviado por el usuario a la entidad responsable del pago por correo electrónico como imagen adjunta o fax, o presentarlo directamente en los puntos de atención de que disponga la entidad responsable del pago.

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

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

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

Artículo 7. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos. Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

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

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

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

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

Artículo 8. Cotizaciones. En ningún caso se podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de cotizaciones o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de la entidad responsable del pago;

la gestión de la misma, en caso de requerirse, será realizada directamente entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la presente resolución.

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

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

Artículo 10. Medios de envío y recepción de información: La información contenida en los anexos 1, 2, 3 y 4 definidos en la presente resolución, enviada y recibida entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se considera mensaje de datos y se somete a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

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

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

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

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

Artículo 11. Disposición de recurso humano y tecnológico. Las entidades a quienes aplique el Decreto 4747 de 2007, deberán disponer del recurso humano y tecnológico necesario para cumplir los procesos y procedimientos establecidos en la presente resolución.

Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 13. Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas. Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.

Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

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

Artículo 15. Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para la implementación del Registro conjunto de trazabilidad de la factura de que trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007, se establece la estructura contenida en el Anexo Técnico No. 8, el cual forma parte integral de la presente resolución.

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

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

Artículo 18. Período de transición. Conforme a lo establecido en el artículo 28 del Decreto 4747 de 2007, se dispone de un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de la presente resolución para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago adopten los

procedimientos aquí establecidos y ajusten sus formatos o sistemas de información.

Artículo 19. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

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

(Original firmado por)

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

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

ANEXO TÉCNICO No. 1
INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

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

NUMERO INFORME | **Fecha:** a a a a - m m - d d | **Hora:** h h : m m

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre | NIT / CC | Número - DV

Código | **Dirección prestador:**

Teléfono: indicativo / número | **Departamento:** | **Municipio:**

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) | **CODIGO:**

Tipo de inconsistencia
- El usuario no existe en la base de datos
- Los datos del usuario no corresponden con los del documento de identificación presentado

DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

1er Apellido | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre**

Tipo Documento de identificación
- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadanía
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento a a a a - m m - d d

Dirección de Residencia Habitual: | **Teléfono:**

Departamento: | **Municipio:**

Cobertura en salud
- Regimen Contributivo
- Regimen Subsidiado - total
- Regimen Subsidiado - parcial
- Población pobre no Asegurada con SISBEN
- Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- Desplazado
- Plan adicional de salud
- Otro

INFORMACION DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA

VARIABLE PRESUNTAMENTE INCORRECTA	DATOS SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (fisico)
Primer Apellido	Primer Apellido:
Segundo Apellido	Segundo Apellido:
Primer Nombre	Primer Nombre:
Segundo Nombre	Segundo Nombre:
Tipo Documento de Identificación	Tipo Documento de Identificación:
Número Documento de Identificación	Número Documento de Identificación:
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento: a a a a - m m - d d

Observaciones

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta | **Teléfono** indicativo / número / extensión

Cargo o actividad: | **Teléfono celular:**

MPS-IPI V5.0 2008-07-11

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

INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto colaborar en la detección de posibles errores en las bases de datos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social. Debe ser diligenciado por la persona responsable de consultar la base de datos durante la verificación de derechos de los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando detecte que los datos que se encuentran en la base de datos provista por la entidad responsable del pago o en la base de datos del Ministerio de la Protección Social difieren de los datos que presenta físicamente o

informe el usuario, o cuando el usuario no aparece en la base de datos y presenta una documentación que lo acredita como afiliado.

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

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

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

Diligenciamiento

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

Información del prestador

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

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

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

Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud.	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios.

Información de la posible inconsistencia

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

Información de la persona que reporta

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

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

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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION | **Fecha:** a a a a - m m - d d **Hora:** h h : m

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre | NIT / CC | Número

Código | **Dirección prestador:**

Teléfono: indicativo | número | **Departamento:** | **Municipio:**

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) | **CODIGO:**

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre**

Tipo Documento de Identificacion

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadanía
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificacion

Fecha de Nacimiento a a a a - m m - d d

Dirección de Residencia Habitual: | **Teléfono:**

Departamento: | **Municipio:**

Cobertura en salud

- Regimen Contributivo
- Regimen Subsidiado - total
- Regimen Subsidiado - parcial
- Población pobre No asegurada con SISBEN
- Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- Desplazado
- Plan adicional de salud
- Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- Enfermedad General
- Enfermedad Profesional
- Accidente de trabajo
- Accidente de tránsito
- Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- 1. Rojo
- 2. Amarillo
- 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: a a a a - m m - d d **Hora:** h h : m m **Paciente Viene Remitido** Si No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite | Código

Departamento: | **Municipio:**

Motivo de consulta:

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	**Descripción**
Diagnóstico principal		
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

- Domicilio
- Observación
- Internación
- Remisión
- Contrarremisión
- Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa | **Teléfono** indicativo | número | extensión

Cargo o actividad: | **Teléfono celular:**

MPS-AIU V5.0 2008-07-11

INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS
INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben remitir los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago cuando se presta a un paciente el servicio de atención inicial de urgencias. Debe ser diligenciado por el funcionario que designe el prestador, una vez el médico tratante haya establecido la impresión diagnóstica y definido el destino del paciente.

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

Diligenciamiento

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

Información del prestador

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

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente al tipo de cobertura en salud sobre la cual el paciente está solicitando servicios.

Información de la atención

Origen	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la consulta del paciente al servicio de urgencias. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Clasificación Triage	Seleccione la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de la Protección Social.
Ingreso a Urgencias	Registre la fecha y hora en la cual ingresó el paciente al servicio de urgencias. Siga el formato año, mes, día y hora en formato de 24 horas.
Paciente viene remitido	Seleccione la opción pertinente. En caso afirmativo, registre el nombre del prestador remitente, así como el código de habilitación, el nombre del departamento y del municipio en el cual se encuentra ubicado dicho prestador con los códigos asignados en la codificación del DIVIPOLA.
Motivo de Consulta	Registre brevemente el motivo de consulta que originó la atención inicial de urgencias.
Impresión Diagnóstica	Registre el código y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el diagnóstico principal como para los diagnósticos relacionados que definió el médico luego de la atención inicial de urgencias.
Destino del paciente	Registre con una "X" la opción adecuada. La opción "Contrarremisión" debe ser marcada en el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el profesional defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente. Marque "otro" si el paciente es enviado a otra entidad no hospitalaria: ancianato, albergue, cárcel, entre otras.

Información de la persona que informa

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

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

ANEXO TÉCNICO No. 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD | **Fecha:** a a a a - m m - d d | **Hora:** h h : m m

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre | NIT / CC | Número - DV

Código | **Dirección prestador:**

Teléfono: indicativo / número | **Departamento:** | **Municipio:**

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) | **CODIGO:**

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre**

Tipo Documento de Identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadanía
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento a a a a - m m - d d

Dirección de Residencia Habitual: | **Teléfono:**

Departamento: | **Municipio:**

Teléfono celular | Correo electrónico

Cobertura en salud

- Regimen Contributivo
- Regimen Subsidiado - total
- Regimen Subsidiado - parcial
- Población pobre No asegurada con SISBEN
- Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- Desplazado
- Plan adicional de salud
- Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

- Enfermedad General
- Enfermedad Profesional
- Accidente de trabajo
- Accidente de tránsito
- Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados

- Posterior a la atención inicial de urgencias
- Servicios electivos

Prioridad de la atención

- Prioritaria
- No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- Consulta Externa
- Urgencias
- Hospitalización

Servicio | Cama

Manejo integral según Guía de :

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica: | Codigo CIE10 | Descripción

- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado 1
- Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita | **Teléfono** indicativo / número / extensión

Cargo o actividad: | **Teléfono celular:**

MPS-SAS V5.0 2008-07-11

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

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

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

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

Diligenciamiento

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

Información del prestador (Solicitante)

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

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

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente. Este dato será especialmente útil en los casos de servicios electivos, pues a él le podrá informar la entidad responsable del pago, el nombre del prestador y la fecha en se le prestará el servicio.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente o acudiente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre "no tiene".
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario está solicitando servicios.

Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la solicitud del servicio. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Tipo de servicios solicitados	Marque con una "X" la opción correspondiente, si el servicio requerido es posterior a la atención inicial de urgencias, o si se trata de un servicio electivo.
Prioridad de la autorización	De tratarse de un servicio electivo, indique si a juicio del profesional tratante, el servicio requerido es de carácter prioritario.
Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de encontrarse hospitalizado, indique el nombre del servicio y el número de la cama.
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios solicitados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio (s) solicitados (s). En los casos de servicios que requieran internación, la solicitud debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Justificación clínica	Describa brevemente la justificación del servicio solicitado. De ser pertinentes registre los resultados paraclínicos que justifican la solicitud.
Impresión	Registre el código CIE-10 y la descripción del diagnóstico tal como aparece

Diagnóstica	en la CIE-10, tanto para el principal como para los diagnósticos relacionados que justifican los servicios solicitados.

Información de la persona que solicita

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

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

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION | **Fecha:** a a a a - m m - d d | **Hora:** h h : m m m m

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO | **CODIGO:**

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre | NIT / CC | Número - DV

Código | **Dirección prestador:**

Teléfono: indicativo número | **Departamento:** | **Municipio:**

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil
- ☐ Tarjeta de identidad
- ☐ Cédula de ciudadanía
- ☐ Cédula de extranjería
- ☐ Pasaporte
- ☐ Adulto sin identificación
- ☐ Menor sin identificación

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento a a a a - m m - d d

Dirección de Residencia Habitual: | **Teléfono:**

Departamento: | **Municipio:**

Teléfono celular | Correo electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- ☐ Consulta Externa
- ☐ Urgencias
- ☐ Hospitalización

Servicio | Cama

Manejo integral según Guía de :

	Código CUPS	**Cantidad**	**Descripción**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: | **Fecha:** a a a a - m m - d d | **Hora:** h h : m m

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización | Reclamo de tiquete, bono o vale de pago ☐

Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☐	Copago			
☐	Cuota de recuperación			
☐	Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza | **Teléfono** indicativo número extensión

Cargo o actividad: | **Teléfono celular:**

MPS-ASS V5.0 2008-07-11

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

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

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

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

Diligenciamiento:

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

Información del prestador (autorizado)

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

	del servicio. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del paciente

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

Servicios autorizados

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

Pagos compartidos

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago.	Registre el % de la tarifa que la entidad responsable del pago cancelará al prestador por los servicios autorizados, teniendo en cuenta la antigüedad de afiliación al sistema del paciente, en semanas. Este valor deberá diligenciarse en enteros (no use decimales) .
Semanas de	Registre el número de semanas de afiliación del paciente. Este valor

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

Información de la persona que autoriza

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

ANEXO TÉCNICO No. 5
SOPORTES DE LAS FACTURAS

A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES:

1. **Factura o documento equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.
2. **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.
3. **Autorización:** Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.
4. **Resumen de atención o epicrisis**: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.
5. **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.
6. **Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.
7. **Registro de anestesia:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.
8. **Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento

con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

9. **Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
10. **Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
11. **Lista de precios:** documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.
12. **Recibo de pago compartido:** Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.
13. **Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):** Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.
14. **Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA:** Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.
15. **Historia clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.
16. **Hoja de atención de urgencias.** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.
17. **Odontograma:** Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
18. **Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

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

1. Consultas ambulatorias:

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

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

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

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

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

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

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

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

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

d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Fotocopia de la fórmula médica.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

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

7. Lentes:

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

8. Atención inicial de urgencias:

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

9. Atención de urgencias:

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

h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
c. Autorización. Si aplica.
d. Resumen de atención o epicrisis.
e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
g. Descripción quirúrgica.
h. Registro de anestesia.
i. Comprobante de recibido del usuario.
j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

11. Ambulancia:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
d. Autorización. Si aplica
e. Hoja de traslado.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

12. Honorarios profesionales:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
f. Registro de anestesia. Si aplica.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

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

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

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

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

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

1. Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.
d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.
e. Original de la orden y/o fórmula médica.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
g. Autorización del Comité Técnico Científico.
h. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

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

a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago
b. Fotocopia del fallo de tutela

3. <u>Cobros por accidentes de trabajo</u>:

a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.
b. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

ANEXO TÉCNICO No. 6
MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS

DEFINICIONES

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

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

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

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

Objetivo

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

Elementos de la codificación

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

General	Específico
6	53

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	Respuestas a glosas o 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.

Codificación del concepto específico

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

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

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

Código	Concepto Específico
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION	
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)[1]
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

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

Tabla No. 3. Código de Glosa

General	Especif.	Descripción
Facturación		
1	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
	11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
	13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	14	Error en suma de conceptos facturados
	15	Datos insuficientes del usuario
	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
	23	Procedimiento o actividad
	24	Falta firma del prestador de servicios de salud
	25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección especifica
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
	51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
	52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
Tarifas		
2	01	Estancia

[1] Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

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

General	Especif.	Descripción
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados
Soportes		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	20	Recibo de pago compartido
	30	Autorización de servicios adicional
3	31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
	32	Detalle de cargos
	33	Copia de historia clínica completa
	35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
	36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
	37	Orden o fórmula médica
	38	Hoja de traslado en ambulancia
	39	Comprobante de recibido del usuario
	40	Registro de anestesia
	41	Descripción quirúrgica
	42	Lista de precios
	43	Orden o autorización de servicios vencida
Autorización		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
4	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	30	Autorización de servicios adicionales
	43	Orden o autorización de servicios vencida
	44	Médico que ordena no adscrito
Coberturas		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	07	Medicamentos
5	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	45	Servicio no pactado
	46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
Pertinencia		
6	01	Estancia

General	Especif.	Descripción
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente
Devoluciones		
8	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
	50	Factura ya cancelada
Respuestas a Glosas o Devoluciones		
9	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)[2]
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

Manual de Uso

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

1. Facturación

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

101	Estancia	Aplica cuando: 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando: 1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas

[2] Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

		en los honorarios médicos post-quirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
103	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
104	Honorarios de otros Profesionales	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
105	Derechos de sala	Aplica cuando: 1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales	Aplica cuando: 1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos	Aplica cuando: 1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando: 1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o	Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

	grupo relacionado por diagnóstico)	
110	Servicio o insumo incluido en paquete	Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado
111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
112	Factura excede topes autorizados	Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas)	Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.
114	Error en suma de conceptos facturados	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.
115	Datos insuficientes del usuario	Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
117	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
119	Error en descuento pactado	Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
120	Recibo de pago compartido	Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.

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

122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección especifica	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
2. Tarifas		
Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.		
201	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
202	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.

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

		2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	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	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
229	Recargos no pactados	Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

3. Soportes		
Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.		
301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
302	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en 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.
307	Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios

		Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documente equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
308	Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
333	Copia de historia clínica completa	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	Formato ATEP	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	Orden o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia,

	anestesia	enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información

4. Autorizaciones

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

401	Estancia	Aplica cuando: 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución.
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.
444	Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

5. Cobertura

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

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.

506	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT)	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

6. Pertinencia

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

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	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

8. Devoluciones

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

816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
849	Factura no cumple requisitos	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.

	legales	
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

9. Respuestas a glosas y devoluciones		
Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago		
996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente..

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

ANEXO TÉCNICO No. 7
ESTÁNDARES DE DATOS PARA LOS ANEXOS TÉCNICOS 1, 2, 3 Y 4

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
1	Número informe	x				4	N	Desde 1
2	Número atención		x			4	N	Desde 1
3	Número solicitud			x		10	N	Desde 1
4	Número autorización				x	10	N	Desde 1
5	Fecha	x	x	x	x	10	A	AAAA-MM-DD
6	Hora	x	x	x	x	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
7	Nombre prestador	x	x	x	x	250	A	Nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación
8	Tipo identificación prestador	x	x	x	x	2	A	CC = Cédula de Ciudadanía NI = Número de Identificación Tributaria
9	Número identificación prestador	x	x	x	x	10	A	Numero de la CC o el NIT del prestador
10	Dígito de verificación del prestador	x	x	x	x	1	N	0-9
11	Código prestador	x	x	x	x	12	A	Código de habilitación asignado por la dirección territorial de salud
12	Dirección prestador	x	x	x	x	80	A	Dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación
13	Teléfono indicativo prestador	x	x	x	x	5	N	
14	Teléfono numero prestador	x	x	x	x	7	N	
15	Departamento prestador	x	x	x	x	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA DANE
16	Municipio prestador	x	x	x	x	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA DANE
17	Nombre entidad responsable de pago - pagador	x	x	x	x	150	A	Nombre completo de la entidad responsable del

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
								pago
18	Código administradora-pagador	x	x	x	x	6	A	
19	Tipo de inconsistencia	x				1	N	1= El paciente no existe en la base de datos 2= Los datos del paciente no corresponden con los del documento de identificación presentado
20	Primer apellido	x	x	x	x	20	A	Para los nombres y apellidos compuestos, se tomará como primer nombre el primer nombre del nombre compuesto y como segundo nombre el complemento, igualmente para el caso de los apellidos compuestos. Ej. Julio Álvaro Andrés Molina del Castillo. Primer nombre: JULIO, segundo nombre: ÁLVARO ANDRÉS. Primer apellido: MOLINA, segundo apellido: DEL CASTILLO. Cuando una persona no tiene segundo nombre o apellido se reportará vacío en estos atributos. Se utilizará la abreviatura "VDA" para los segundos apellidos que utilizan la palabra VIUDA (O).
21	Segundo apellido	x	x	x	x	30	A	
22	Primer nombre	x	x	x	x	20	A	
23	Segundo nombre	x	x	x	x	30	A	

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
24	Tipo documento de identificación del paciente	x	x	x	x	2	A	MS = Menor sin identificación RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte AS = Adulto sin identificación
25	Número de identificación del paciente	x	x	x	x	17	A	
26	Fecha nacimiento del paciente	x	x	x	x	10	A	AAAA-MM-DD
27	Dirección paciente	x	x	x	x	80	A	Dirección de residencia habitual del paciente
28	Teléfono paciente	x	x	x	x	7	N	
29	Departamento residencia paciente	x	x	x	x	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE
30	Municipio residencia paciente	x	x	x	x	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
31	Teléfono celular paciente			x	x	10	N	
32	Correo electrónico paciente			x	x	50	A	
33	Cobertura en salud para pago	x	x	x		3	A	RCT = Régimen contributivo RST = Régimen subsidiado total RSP = Régimen subsidiado parcial PPC = Población pobre con SISBEN PPS = Población pobre sin SISBEN DES = Desplazado PAS = Plan adicional de salud OTR = Otro
34	Inconsistencia primer apellido	x				20	A	

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
35	Inconsistencia segundo apellido	x				30	A	
36	Inconsistencia primer nombre	x				20	A	
37	Inconsistencia segundo nombre	x				30	A	
38	Inconsistencia tipo documento de identificación	x				2	A	MS = Menor sin identificación RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte AS = Adulto sin identificación
39	Inconsistencia numero documento de identificación	x				17	A	
40	Inconsistencia fecha de nacimiento	x				10	A	AAAA-MM-DD
41	Observaciones inconsistencias	x				200	A	
42	Origen de la atención		x	x		2	A	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 06 = Evento catastrófico 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 16 = Accidente de trabajo y Accidente de Transito 17 = Evento catastrófico y Accidente de trabajo
43	Clasificación triage		x			1	N	1= Rojo 2= Amarillo 3= Verde
44	Fecha ingreso urgencias		x			10	A	AAAA-MM-DD
45	Hora ingreso urgencias		x			5	A	HH:MM (formato 24 horas)
46	Paciente remitido		x			1	N	1 = SI 2 = NO

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
47	Nombre prestador remite		x			150	A	Nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación
48	Código del prestador que remite		x			12	A	Código de habilitación asignado por la dirección territorial de salud
49	Departamento prestador remite		x			2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE
50	Municipio prestador remite		x			3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
51	Motivo consulta		x			200	A	
52	Diagnóstico principal código		x	x		4	A	
53	Diagnóstico principal descripción		x	x		50	A	
54	Diagnóstico relacionado 1 código		x	x		4	A	
55	Diagnóstico relacionado 1 descripción		x	x		50	A	
56	Diagnóstico relacionado 2 código		x	x		4	A	
57	Diagnóstico relacionado 2 descripción		x	x		50	A	
58	Diagnostico relacionado 3 código		x			4	A	
59	Diagnóstico relacionado 3 descripción		x			50	A	
60	Justificación clínica			x		200	A	
61	Destino paciente		x			1	N	1 = domicilio 2 = observación 3 = internación 4 = remisión 5 = contrarremisión 6 = otro
62	Prioridad de la atención			x		1	N	1 = prioritaria 2 = no prioritaria
63	Tipo de servicios solicitud			x		1	N	1 = posterior a la atención inicial de urgencias

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
								2 = servicios electivos
64	Ubicación del paciente			x	x	1	N	1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización
65	Servicio hospitalización			x	x	30	A	
66	Cama			x	x	6	A	
67	Guía de atención			x	x	30	A	
68	Código CUPS 1			x	x	7	A	
69	Cantidad 1			x	x	3	N	
70	Descripción/observaciones 1			x	x	50	A	
71	Código CUPS 2			x	x	7	A	
72	Cantidad 2			x	x	3	N	
73	Descripción/observaciones 2			x	x	50	A	
74	Código CUPS 3			x	x	7	A	
75	Cantidad 3			x	x	3	N	
76	Descripción/observaciones 3			x	x	50	A	
77	Código CUPS 4			x	x	7	A	
78	Cantidad 4			x	x	3	N	
79	Descripción/observaciones 4			x	x	50	A	
80	Código CUPS 5			x	x	7	A	
81	Cantidad 5			x	x	3	N	
82	Descripción/observaciones 5			x	x	50	A	
83	Código CUPS 6			x	x	7	A	
84	Cantidad 6			x	x	3	N	
85	Descripción/observaciones 6			x	x	50	A	
86	Código CUPS 7			x	x	7	A	
87	Cantidad 7			x	x	3	N	
88	Descripción/observaciones 7			x	x	50	A	
89	Código CUPS 8			x	x	7	A	
90	Cantidad 8			x	x	3	N	
91	Descripción/observaciones 8			x	x	50	A	
92	Código CUPS 9			x	x	7	A	
93	Cantidad 9			x	x	3	N	
94	Descripción/observaciones 9			x	x	50	A	
95	Código CUPS 10			x	x	7	A	
96	Cantidad 10			x	x	3	N	
97	Descripción/observaciones 10			x	x	50	A	

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
98	Código CUPS 11			x	x	7	A	
99	Cantidad 11			x	x	3	N	
100	Descripción/observaciones 11			x	x	50	A	
101	Código CUPS 12			x	x	7	A	
102	Cantidad 12			x	x	3	N	
103	Descripción/observaciones 12			x	x	50	A	
104	Código CUPS 13			x	x	7	A	
105	Cantidad 13			x	x	3	N	
106	Descripción/observaciones 13			x	x	50	A	
107	Código CUPS 14			x	x	7	A	
108	Cantidad 14			x	x	3	N	
109	Descripción/observaciones 14			x	x	50	A	
110	Código CUPS 15			x	x	7	A	
111	Cantidad 15			x	x	3	N	
112	Descripción/observaciones 15			x	x	50	A	
113	Código CUPS 16			x	x	7	A	
114	Cantidad 16			x	x	3	N	
115	Descripción/observaciones 16			x	x	50	A	
116	Código CUPS 17			x	x	7	A	
117	Cantidad 17			x	x	3	N	
118	Descripción/observaciones 17			x	x	50	A	
119	Código CUPS 18			x	x	7	A	
120	Cantidad 18			x	x	3	N	
121	Descripción/observaciones 18			x	x	50	A	
122	Código CUPS 19			x	x	7	A	
123	Cantidad 19			x	x	3	N	
124	Descripción/observaciones 19			x	x	50	A	
125	Código CUPS 20			x	x	7	A	
126	Cantidad 20			x	x	3	N	
127	Descripción/observaciones 20			x	x	50	A	
128	Solicitud origen				x	10	N	Desde 1
129	Fecha solicitud origen				x	10	A	AAAA-MM-DD
130	Hora solicitud origen				x	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
131	Porcentaje valor pago compartido				x	3	N	Entre 0 y 100
132	Semanas afiliación paciente				x	2	N	Entre 0 y 26
133	Reclamo tiquete, bono o vale				x	1	N	1 = SI 2 = NO

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

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
134	Valor pesos cuota moderadora				x	7	N	Entre 0 y 9999999
135	Porcentaje cuota moderadora				x	3	N	Entre 0 y 100
136	Valor máximo cuota moderadora				x	7	N	Entre 0 y 9999999
137	Valor pesos copago				x	7	N	Entre 0 y 9999999
138	Porcentaje copago				x	3	N	Entre 0 y 100
139	Valor máximo copago				x	7	N	Entre 0 y 9999999
140	Valor pesos cuota recuperación				x	7	N	Entre 0 y 9999999
141	Porcentaje cuota recuperación				x	3	N	Entre 0 y 100
142	Valor máximo cuota recuperación				x	7	N	Entre 0 y 9999999
143	Valor pesos otro				x	7	N	Entre 0 y 9999999
144	porcentaje otro				x	3	N	Entre 0 y 100
145	Valor máximo otro				x	7	N	Entre 0 y 9999999
146	Nombre quien reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	60	A	
147	Cargo- actividad reporta /informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	30	A	
148	Telefono indicativo reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	5	N	
149	Teléfono numero reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	7	N	
150	Teléfono extensión reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	6	N	
151	Teléfono celular reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	10	N	

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

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

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

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

Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
28	Fecha decisión de la entidad responsable del pago	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
29	Valor levantado por la entidad responsable del pago	Numérico	10	Responsable del pago
30	Fecha pago por glosa levantada	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
31	Fecha glosa definitiva	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
32	Código glosa definitiva	Numérico	3	Responsable del pago
33	Observaciones	Alfa numérico	100	Responsable del pago
34	Valor en discusión al término etapa arreglo directo	Numérico	10	Prestador

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

Definición de los campos de la estructura del archivo:

NIT de la entidad responsable del pago no se reporta dígito de verificación.
Razón social de la entidad responsable del pago
Código del prestador de servicios de salud. Corresponde al código asignado por la dirección departamental o distrital de salud.
Nombre o razón social del prestador de servicios de salud
Prefijo de la factura. Corresponde a las letras que anteceden al numero de la factura a glosar (campo opcional)
Número de factura. Corresponde al número consecutivo que el prestador de servicios de salud asigna a la respectiva factura o documento equivalente.
Fecha de prestación del servicio o egreso. Corresponde a la fecha en la cual efectivamente se realizó la prestación del servicio o egresó el paciente que recibió servicios de internación. Puede no coincidir con la fecha de emisión de la factura.
Fecha de emisión de la factura. Fecha en la que se genera la factura.
Número de autorización. Se refiere al número de la autorización principal, es decir a la que se emite para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define de una longitud máxima de siete (7) caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha.
Fecha de autorización. Fecha correspondiente a la emisión de la autorización por la entidad responsable del pago.
Fecha de presentación de la factura. Corresponde a la fecha en la cual el prestador presenta la factura ante la entidad responsable del pago.
Valor de la factura. Corresponde al valor por el cual fue presentada la factura.
Fecha devolución. Fecha en la cual la entidad responsable del pago devuelve la factura
Código devolución. Corresponde al número de 3 dígitos definido de acuerdo con los conceptos consignados en el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.
Observaciones. En este campo se aclarará la causa de devolución según la normatividad vigente.
Fecha de pago anticipado. Corresponde a la fecha en la cual se realiza el pago anticipado.
Valor pago anticipado. Monto del pago anticipado.

Fecha glosa inicial. Corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.
Valor glosa inicial. Valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.
Código glosa inicial. Código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse una fila para cada causa.
Observaciones: En este campo se aclarará el servicio glosado con su detalle y complementos necesarios según el motivo de las glosas.
Fecha pago valor no glosado. Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela el valor no glosado
Valor pago no glosado. Corresponde al monto del pago, equivalente al valor no glosado menos el pago anticipado.
Fecha respuesta a glosa inicial. Fecha en la cual el prestador de servicios de salud entrega a la entidad responsable del pago la respuesta sobre sus glosas iniciales.
Código respuesta a glosa. Este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida en la presente resolución.
Valor sustentado respuesta a glosa inicial. Corresponde al monto que el prestador de servicios de salud considera pudo sustentar en relación al valor de la glosa inicial.
Observaciones: En este campo se aclarará la respuesta al servicio glosado con su detalle y complementos necesarios para aclarar las respuestas.
Fecha decisión de la entidad responsable del pago a la respuesta: Fecha en la cual la entidad responsable del pago adopta una decisión frente a la respuesta presentada por la prestador de servicios de salud.
Valor levantado por la entidad responsable del pago: Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera que debe cancelar al prestador de servicios de salud por haber sustentado total o parcialmente la glosa inicial.
Fecha pago por glosa levantada: Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela al prestador de servicios de salud el valor que aceptó levantar.
Fecha glosa definitiva: Fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa.
Código glosa definitiva. Este campo será diligenciado por la entidad responsable del pago.
Observaciones: En este campo se aclara la razón de la glosa definitiva.
Valor en discusión: Corresponde al valor que una vez concluidos los 60 días hábiles establecidos en la normatividad vigente para el pago de las facturas que tengan glosa, no logran acuerdo entre las partes y se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, o a los mecanismos de solución alternativa de conflictos que se hayan plasmado en el acuerdo de voluntades.