



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2021

()

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

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

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

“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios y tecnologías de salud.
Los únicos soportes de las facturas de venta de prestación de servicios y tecnologías de salud de que trata el Artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, serán los definidos en el Anexo Técnico No. 5 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables de pago no podrán impedir la presentación de soportes, ni exigir soportes adicionales a los definidos en la presente

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

Resolución, el incumplimiento a esta obligación dará lugar a las acciones de inspección, vigilancia y control, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.18 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. En los acuerdos de voluntades, las partes deberán pactar el medio tecnológico que permita el envío y la recepción de los soportes, junto con sus correspondientes registros de trámite. Dicho medio tecnológico deberá estar disponible de forma permanente, 24 horas al día y 7 días a la semana.

Los soportes deberán ser presentados por los prestadores de servicios de salud ante las entidades responsables de pago en la fecha de expedición de la factura de venta o máximo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes. Una vez recibidos los soportes, la entidad responsable de pago generará un número consecutivo de radicación por el conjunto de soportes que acompañan cada factura, momento a partir del cual se considera radicada.

A partir de la radicación, las entidades responsables de pago deben proceder a dar cumplimiento a los términos definidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 que regula la materia para determinar si proceden glosas, o devoluciones a la factura en los términos establecidos en el párrafo del artículo 2 de la presente resolución.

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

Parágrafo 2. *Los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago podrán pactar en sus acuerdos de voluntades el envío de menos soportes de los que trata el Anexo Técnico 5 de la presente resolución, excepto el registro individual de prestaciones de salud (RIPS)"*

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

Parágrafo. *Al trámite de devoluciones le aplica los términos contenidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, siempre y cuando la factura de venta este radicada con los soportes. De igual forma, ante las devoluciones injustificadas le aplica el pago de intereses moratorios como se establece en los artículos 7 de Decreto 1281 de 2002, 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011.*

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

Artículo 4. Del seguimiento de las devoluciones, glosas y respuestas. *A partir de los resultados obtenidos de la trazabilidad de la factura de venta, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará a la Superintendencia Nacional de Salud situaciones contrarias a la normativa vigente en materia de devoluciones y glosas.*

Artículo 5. Transitoriedad. *Los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago tendrán hasta el 31 de diciembre de 2021 para realizar los ajustes previstos en la presente resolución, mientras se cumple este plazo se aplicará lo definido en la Resolución 3047 de 2008 y demás normas relacionadas.*

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

Artículo 6. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de su publicación, modifica parcialmente a partir del 1 de enero de 2022 la Resolución 3047 de 2008 y deroga el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3374 de 2000.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

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

ANEXO TÉCNICO No. 5 - SOPORTES DE COBRO

A. OBJETIVO

El objetivo es definir la denominación y lineamientos de los soportes que acompañan a las facturas de venta de servicios y tecnologías de salud que deben ser radicados a las entidades responsables de pago según la modalidad de contratación y de pago para unificar la presentación de cuentas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el proceso de auditoría y pago.

B. DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y LINEAMIENTOS

A continuación, se lista la denominación, definición y lineamientos de los soportes que acompañan las facturas de venta de servicios y tecnologías de salud que deben ser presentados en conjunto por los prestadores de servicios de salud (PSS), operadores logísticos de tecnologías de salud o gestores farmacéuticos, cuando los radiquen en su completitud a la entidad responsable de pago de acuerdo a lo establecido en los literales B, C o D.

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

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

La factura de venta incluirá el o los números de autorizaciones de los servicios y tecnologías de salud emitidas por las entidades responsables de pago (ERP), los números de mi prescripción (MIPRES) y el número ID entrega de mi prescripción (MIPRES), cuando aplique; así como, el valor de los copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, indistintamente de la modalidad de contratación y pago, cuando el prestador de servicios de salud los recaude según acuerdo de voluntades y sea efectivamente recibido el valor.

Los documentos de respuesta de autorizaciones y de los pagos compartidos no serán enviados a la entidad responsable de pago.

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

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

Contenido del detalle de cargos:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Número de factura a la que se encuentre asociado
- d. Descripción: Código y denominación de acuerdo con los catálogos:

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

- Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y los códigos y descripciones del Anexo Técnico 1 del Decreto 780 de 2016, cuando aplique, mientras éste sea expedido en código y denominación CUPS.
- Código Único de Medicamentos (CUM) o Identificador Único de Medicamentos (IUM)
- Código y descripción de los dispositivos médicos utilizado por el prestador de servicios de salud, mientras sea expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social el identificador de dispositivos médicos (asociados al procedimiento CUPS a nivel del grupo y subgrupo, en la que se use el dispositivo)

- e. Cantidad
- f. Valor Unitario
- g. Valor Total

En el caso de factura de venta con servicios o tecnologías de salud financiados con presupuesto máximo, el valor unitario del Detalle de cargos será el correspondiente a los valores máximos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según la normativa vigente, cuando aplique.

Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez agotada la cobertura de la póliza SOAT o de la EPS/entidad adaptada según aplique, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios y tecnologías de salud que fueron facturados a la aseguradora SOAT o a la EPS/Entidad adaptada siguiendo el orden cronológico de la atención prestada, ante la EPS o Entidad adaptada y ésta última no podrá objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador. En todo caso, es responsabilidad del prestador de servicios de salud cerciorarse de que lo facturado y pagado por la aseguradora SOAT o la EPS/Entidad adaptada, agote la cobertura de la que ésta es responsable antes de facturarle a la EPS o Entidad adaptada o si ya facturó a la EPS o entidad adaptada, dar alcance con notas crédito derivadas de lo pagado por la aseguradora SOAT o la EPS/Entidad adaptada.

- 3. Resumen de atención o Epicrisis:** El resumen de atención se refiere al registro específico de atención ambulatoria o la hoja de evolución de la historia clínica. La epicrisis es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, internación y/o procedimientos quirúrgicos.

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

Contenido de la epicrisis:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Servicio de ingreso
- e. Hora y fecha de ingreso
- f. Servicio de egreso
- g. Hora y fecha de egreso
- h. Motivo de consulta (percepción de la persona)
- i. Enfermedad actual (respuesta mínima a las siguientes preguntas ¿Cuándo? ¿Cómo? Evolución, estado actual y tratamiento)
- j. Antecedentes
- k. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio
- l. Hallazgos del examen físico incluye signos vitales
- m. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes)

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

- n. Conducta, incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico
- o. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta, el manejo o justifiquen la estancia, incluye complicaciones o eventos adversos durante la estancia
- p. Interpretación de los resultados de los procedimientos diagnósticos y de todo aquello que justifique cambios o continuidad en el manejo o del diagnóstico
- q. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten, incluye los servicios y tecnologías financiadas con presupuestos máximos, alto costo y nuevas tecnologías
- r. Diagnósticos de egreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes)
- s. Condiciones generales a la salida del paciente (estado: vivo o muerto) y si hubiere incapacidad temporal incluir el número de días
- t. Plan de manejo ambulatorio incluye el manejo terapéutico, apoyo diagnóstico y consultas médicas generales o especializadas
- u. Nombres y apellidos y tipo y número del documento de identificación del médico que diligencie el documento.

- 4. Resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de los exámenes de apoyo diagnóstico. Tanto el resultado como la interpretación de cada uno de los exámenes de apoyo solicitados deberá estar consignado en la historia clínica.

Para los casos excepcionales en los cuales se deben presentar soportes relacionados con el resultado o la interpretación de ayudas diagnósticas cuya obtención supere el término de los treinta (30) días hábiles de que trata el artículo 1 de la presente Resolución, procederá el trámite de la factura de venta con los demás soportes de cobro por parte de la entidad responsable de pago, sin incluir estos servicios, generándose posteriormente por el prestador de servicios de salud la nota débito correspondiente con al valor pendiente por cobrar del soporte y el envío del soporte relacionado con el resultado o la interpretación de la ayuda diagnóstica cuya obtención superó el término en mención.

- 5. Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos, puede estar incluida en la epicrisis, de ser así, no debe enviarse como soporte adicional. El envío aplica sólo cuando la atención en salud comprende un procedimiento quirúrgico hospitalario o ambulatorio.

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

Contenido de la descripción quirúrgica:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos realizados (CUPS)
- e. Tipo de cirugía
- f. Vía de abordaje
- g. Dispositivos médicos e insumos empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, o a las tarifas que hubieren sido pactadas o a las que le sean aplicables. Incluye material de osteosíntesis.
- h. Hora de inicio
- i. Hora de terminación

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

- j. Complicaciones y su manejo
- k. Hallazgos quirúrgicos
- l. Registro de patologías: incluir la cantidad de especímenes para estudio
- m. Diagnóstico pre quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- n. Diagnóstico post quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- o. Nota aclaratoria del cirujano
- p. Estado a la salida (vivo / muerto)
- q. Nombres y apellidos del cirujano principal y ayudantes quirúrgicos, instrumentadora y demás profesionales de la salud participantes con el tipo y número del documento de identificación de los mismos.

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

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

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

Contenido del registro de anestesia:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos realizados (CUPS)
- e. Tipo de anestesia
- f. Hora de inicio
- g. Hora de terminación
- h. Complicaciones y su manejo
- i. Registro de medicamentos con sus especificaciones, incluye la aplicación de medicina transfusional
- j. Estado a la salida (vivo / muerto)
- k. Nombres y apellidos del anestesiólogo y otros profesionales participantes con el tipo y número del documento de identificación de los mismos.

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

Para la prestación o el suministro ambulatorio de servicios y tecnologías de salud, la evidencia de recibido será la firma, el tipo y número de identificación del paciente, de su representante, acudiente o de quien recibe el medicamento, el dispositivo médico y/o las terapias, en el formato de la planilla de recibido, diseñado para tal efecto, por el prestador de servicios de salud (PSS) o cualquier otro medio tecnológico establecido entre las partes en el acuerdo de voluntades que permita probar o demostrar la prestación o suministro.

En el caso de la atención de urgencias con observación, servicios de internación o procedimientos quirúrgicos hospitalarios o ambulatorios la evidencia de recibido será la epicrisis y para la atención de urgencias sin observación será la hoja de atención de urgencias.

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

En la atención ambulatoria será el registro específico de atención ambulatoria, independiente de la modalidad de prestación de servicios de salud, y para la interconsulta, la hoja de evolución de la historia clínica, en los formatos de registro específico correspondientes que tenga determinado el prestador de servicios de salud (PSS)

En las atenciones en la modalidad de telemedicina y para actividades de telesalud, el comprobante de recibido podrá ser el consentimiento informado que es obligatorio para todas las atenciones.

8. Traslado o transporte:

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

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

Contenido de la hoja de traslado:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de identificación de la persona
- c. Edad y sexo de la persona
- d. Motivo del traslado (ayuda diagnóstica, tratamiento complementario, valoración por especialista, otro)
- e. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS
- f. Medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- g. Tipo de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)
- h. Hora de inicio del recorrido
- i. Lugar de origen
- j. Hora de finalización del recorrido
- k. Lugar de destino final
- l. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera
- m. Para traslados intermunicipales:
 - i. Kilómetros iniciales
 - ii. Kilómetros finales
- n. Nombre y apellidos del acompañante cuando aplique
- o. Nombres, apellidos, número y tipo de identificación y firmas de la tripulación
- p. Nombres y apellidos del médico que recibe al paciente y número de registro médico

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

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

- 9. Factura por el cobro a la aseguradora SOAT o a EPS/Entidad adaptada:** Corresponde a la copia de la factura de venta expedida y el detalle de cargos, cuando aplique, por la atención de un paciente, a la entidad que cubrió el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) o a la EPS/Entidad adaptada por accidentes de tránsito sin póliza SOAT o vehículo no identificado, cuyas víctimas correspondan a población no afiliada al SGSSS o de regímenes especiales o de excepción.

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

- 10. Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los servicios y las tecnologías de salud a un paciente. Para la prescripción de medicamentos cumpliendo lo dispuesto en los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16. del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. En el caso en el que, en los acuerdos de voluntades se indique que no se requiere autorización de los servicios y tecnologías de salud, el soporte de la factura es la copia de la orden y/o fórmula médica.
- 11. Lista de precios:** Documento que relaciona el precio al cual el prestador de servicios de salud factura las tecnologías de salud (medicamentos, dispositivos médicos e insumos) a la entidad responsable de pago. Se debe adjuntar a cada factura de venta sólo cuando las tecnologías de salud facturadas no estén incluidas en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades o en los casos de atención sin contrato. No incluye las tecnologías de salud sujetas a regulación de precios.
- 12. Hoja de atención de urgencias.** Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura para aquellos casos de atención de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación, ni internación. Incluye la interpretación médica del apoyo diagnóstico facturado.
- 13. Odontograma:** Es la ficha gráfica y la carta con el estado dental de un paciente, en el que se registra la condición inicial y la evolución del tratamiento odontológico realizado. Contiene la hoja de evolución en donde se detalla la atención realizada. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
- 14. Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalarios o ambulatorios. Si dentro de la práctica actual de los prestadores de servicios de salud, la estructura y formato de la hoja de administración de medicamentos ya contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato adoptado en su totalidad.

Contenido de la hoja de administración de medicamentos:

- Nombres y apellidos de la persona
- Tipo y número de identificación de la persona
- Edad y sexo de la persona
- Presentación en términos de: principio activo, concentración y forma farmacéutica
- Posología, incluye dosis e intervalos de tiempo de su administración
- Vía de administración
- Fecha y hora de administración
- Nombres y apellidos y tipo y número de documento de identificación del profesional que lo administró

- 15. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):** Es el conjunto de datos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia la normativa vigente y son soporte de la factura de venta de los servicios y tecnologías de salud, en los términos establecidos en el artículo 8 de la Resolución XXX de 2021.

El RIPS es condición indispensable para dar por radicada la factura de venta con sus soportes, momento a partir del cual se da inicio al cumplimiento de los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

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

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

1. Factura de venta
2. Copia de orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
3. Copia del epicrisis o epicrisis
4. Copia de la descripción quirúrgica. Si aplica
5. Copia del registro de anestesia. Si aplica
6. Informe del periodo facturado sobre la gestión del prestador de servicios de salud en el cumplimiento de las rutas integrales de atención de salud, protocolos y guías, así como de los indicadores de resultados en salud esperados, según lo pactado en el acuerdo de voluntades
7. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

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

1. Factura de venta
2. Informe del periodo facturado sobre la gestión del PSS en el cumplimiento de las RIAS, protocolos y guías, así como de los indicadores de resultados en salud esperados, según lo pactado en el acuerdo de voluntades
3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

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

1. Consultas ambulatorias:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine
- c. Copia de la orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Copia del registro específico de atención ambulatoria
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine
- c. Copia de la orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Copia del odontograma
- e. Copia del registro específico de atención ambulatoria
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

3. Exámenes de apoyo diagnósticos ambulatorio:

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

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

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine
- c. Copia de la orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia del registro específico de atención ambulatoria
- e. Copia de la Planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

5. Medicamentos de uso ambulatorio (incluye oxígeno):

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine
- c. Copia de la fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia de la Planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- f. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

6. Dispositivos médicos (incluye lentes):

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine.
- c. Copia de la orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Copia de la Planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- e. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

7. Atención de urgencias:

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine
- c. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación
- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de los exámenes de apoyo diagnóstico en la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación
- f. Copia de la lista de precios de las tecnologías de salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades o cuando no haya contrato
- g. Copia de la factura y/o detalle de cargos por el cobro al SOAT o a la EPS/Entidad adaptada, en caso de accidente de tránsito
- h. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

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

- a. Factura de venta
- b. Detalle de cargos, en el caso de que la factura no lo discrimine
- c. Copia de la orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- d. Copia del epicrisis o epicrisis, cuando aplique
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- f. Interpretación de los exámenes de apoyo diagnóstico en la epicrisis
- g. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
- h. Copia del registro de anestesia, si aplica
- i. Copia de la lista de precios de las tecnologías de salud no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades o cuando no haya contrato
- j. Copia de la factura y/o detalle de cargos por el cobro al SOAT o a la EPS/ENTIDAD ADAPTADA, en caso de accidente de tránsito
- k. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

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

9. Traslado:

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

10. Honorarios profesionales:

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

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

Independientemente de la modalidad de contratación y de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de la factura de venta es la entrega de los reportes normativos a partir de los cuales se genera información relacionada con las poblaciones mencionadas, según las resoluciones 4505 de 2012, 2463 de 2014, 273 de 2019, 202 de 2021 y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINICIONES Y LINEAMIENTOS

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

Documento de envío de devoluciones, glosas o respuestas: Formalización a través de un registro electrónico o físico (plan de contingencia) emitido por la entidad responsable de pago o el prestador de servicios de salud, según aplique, el cual identifica el estado de trámite de la factura de venta de prestación de servicios y tecnologías de salud, que contiene como mínimo fecha y hora de registro, número de la factura afectada, tipo de trámite (devolución, glosa o respuesta) y detalle de la causa que lo motiva según la normativa vigente, dándose por recibido en cumplimiento de los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Las partes deberán convenir en el acuerdo de voluntades el medio tecnológico a través del cual se entregarán estos documentos.

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

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

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

En el caso de servicios y tecnologías financiados con presupuesto máximo (Mipres) el número de prescripción y el ID de suministro se registran en la factura de venta sin ningún otro requisito.

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

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

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

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

Las causales de devolución son taxativas e implican falta de competencia para el pago cuando:

1. El usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago,
2. El profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable de pago,
3. Factura ya pagada o servicios y tecnologías de salud ya facturados,
4. La no radicación de los soportes dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución.

La devolución es un proceso que puede formularse y comunicarse de manera preliminar a la radicación de la factura con sus soportes, en la medida en que al enviarse una factura electrónica de venta cuyos soportes estén pendientes de entrega (requisito para radicación de la factura), la ERP puede realizar validaciones que permitan hacer devolución de dicha factura por las siguientes 3 causas específicas:

1. Causa 816: El usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago,
2. Causa 844: El profesional que ordena el servicio o la tecnología de salud no está adscrito a la entidad responsable de pago,
3. Causa 850: Factura ya pagada o servicios y tecnologías de salud ya facturados

En caso de que la causa de devolución sea justificada, el prestador de servicios de salud en su calidad de facturador expedirá la correspondiente nota crédito por el 100% del valor de la factura de venta. En caso de ser injustificada la devolución, el prestador de servicios de salud deberá aclararlo.

Cumplido el término para la radicación de los soportes, esto es los treinta (30) días hábiles, sin que éstos se hubieran allegado, la ERP formulará y comunicará la devolución por la causal 856: No radicación de los soportes dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución.

La devolución también puede darse una vez la factura de venta ha sido radicada con sus soportes, en la cual procederán las mencionadas causas 816, 844 y 850.

Una vez radicada la factura con sus soportes, aplica para las devoluciones los términos contenidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 de acuerdo con el parágrafo del artículo 2 de la presente resolución.

Cuando se formule y comunique la devolución, la entidad responsable de pago deberá informar por una única vez todas las causales de devolución, especificando el detalle y complemento necesario según el motivo, que permita al prestador de servicios de salud no tener duda sobre lo que se debe aclarar.

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

La comunicación deberá ser enviada en medios diferentes al físico, excepto cuando éste sea plan de contingencia, dando cumplimiento a la normativa y a lo pactado en el acuerdo de voluntades.

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

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

La comunicación deberá ser enviada en medios diferentes al físico, excepto cuando éste sea plan de contingencia, dando cumplimiento a la normativa y a lo pactado en el acuerdo de voluntades.

De igual forma, al trámite de las glosas le aplica el pago de intereses moratorios como se establecen por el abuso de las glosas mismas de que tratan los artículos 56 y 57 de Ley 1438 de 2011 y 7 de Decreto 1281 de 2002.

Recibo de pago compartido: Formalización a través de la expedición de una factura de venta o el documento equivalente Tiquete de máquina registradora con sistemas P.O.S (*Point of Sales*) de los copagos, las cuotas moderadoras o de recuperación pagadas por el usuario a la entidad responsable de pago o al prestador de servicios de salud, según corresponda.

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

Radicación: Formalización a través de un registro electrónico o físico (plan de contingencia) emitido y comunicado por la entidad responsable de pago a un prestador de servicios de salud, que corresponde a un número consecutivo por el conjunto de soportes, que contiene como mínimo fecha y hora de registro y número de la factura afectada, momento a partir del cual la factura de venta y sus soportes se consideran radicados y se inicia el trámite de que trata el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Respuestas a devoluciones o glosas: Corresponde al pronunciamiento que el prestador de servicios de salud da a la devolución o glosa generada por la entidad responsable de pago. El trámite de repuesta a devoluciones y glosas está definido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. En todo caso, la respuesta debe ser formulada y comunicada en medios diferentes al físico, excepto cuando éste sea plan de contingencia, dando cumplimiento a la normativa y a lo pactado en el acuerdo de voluntades.

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

3. COMPONENTES

3.1. ELEMENTOS DE LA CODIFICACIÓN

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

General	Específico
6	53

3.2. CONCEPTOS GENERALES

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

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar los servicios y tecnologías prestadas con los servicios y tecnologías facturadas, según sus catálogos y cantidades, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se restan en la factura (copagos, cuotas moderadoras u otros) a pesar de ser considerados como parte del pago, cuando exista un recaudo efectivo de su valor según acuerdo de voluntades, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente Manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles o porque no corresponden a la persona atendida.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable de pago o cuando se cobren servicios y tecnologías con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable de pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la normativa vigente. Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término establecido en la presente Resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías de salud que no están incluidos en los planes o coberturas a cargo de las entidades responsables de pago, hacen parte integral de un servicio y se

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

		cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la epicrisis o la historia clínica (consulta presencial o virtual) conforme a la normativa vigente, 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, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Las causales de devolución son taxativas e implican falta de competencia para el pago cuando: <ul style="list-style-type: none">. El usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago.. El profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable de pago.. Factura ya pagada o servicios y tecnologías de salud ya facturados.. La no radicación de los soportes dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un usuario o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal, debiendo hacerse uso de la causa de glosa según corresponda. La entidad responsable de pago al momento de la devolución debe informar todas las causales de la misma.
9	Respuestas a devoluciones o glosas	Corresponde al pronunciamiento que el prestador de servicios de salud da a la devolución o glosa generada por la entidad responsable de pago. Las respuestas son taxativas así: <ul style="list-style-type: none">. Glosa o devolución extemporánea. Glosa o devolución injustificada. No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada). Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada). Subsanada (Glosa no Aceptada)

3.3. CONCEPTOS ESPECIFICOS

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

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos. A continuación, la Tabla No. 2 con la numeración y su concepto general:

Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico

Código	Concepto Específico
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Dispositivos médicos e insumos

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

07	Medicamentos
08	Apoyo diagnóstico
09	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)
10	Servicio o tecnología incluida en conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo
11	Servicio o tecnología incluida en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado presupuesto máximo, eventos asegurados por el SOAT, eventos no asegurados por SOAT/eventos ocasionados por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada, recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
14	Diferencia en suma de conceptos facturados frente a los soportes
16	Usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido
21	Autorización principal
22	Respuesta a glosa o devolución extemporánea
23	Procedimiento o actividad
25	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Servicio o tecnología de salud ya pagada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
32	Detalle de cargos
34	Resumen de atención, epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
36	Copia de factura y/o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada
37	Orden y/o fórmula médica
38	Traslado o transporte
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden y/o fórmula médica 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 por vehículo no identificados a cargo de las EPS/Entidad adaptada
47	Faltan soportes de los servicios y tecnologías de salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
48	Informe atención de urgencias
50	Factura ya pagada o servicios y tecnologías de salud ya facturados
51	Ajuste en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
53	Urgencia no pertinente
54	Incumplimiento de la cobertura, resolutivez y oportunidad de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social
55	Registro Individual de Prestaciones en Salud

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

56	No radicación de los soportes dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución
----	---

Respuestas de devolución o glosa

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

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

Tabla No. 3. Código de Glosa

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	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico
	09	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)
	10	Servicio o tecnología incluida en conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo
	11	Servicio o tecnología incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
	13	Facturar por separado presupuesto máximo, eventos asegurados por el SOAT, eventos no asegurados por SOAT/eventos ocasionados por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada, recobros a cargo de la ADRES o de la ARL
	14	Diferencia en suma de conceptos facturados frente a los soportes
	16	Usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Respuesta a glosa o devolución extemporánea
	23	Procedimiento o actividad
	25	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Servicio o tecnología de salud ya pagada al prestador de servicios de salud
	51	Ajuste en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
	52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
	54	Incumplimiento de la cobertura, resolutividad y oportunidad de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social
Tarifas		
2	01	Estancia

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

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

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

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

	45	Servicio no pactado
	46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o por vehículo no identificados a cargo de las EPS/Entidad adaptada
Pertinencia		
6	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médica
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Dispositivos médicos e insumos
	07	Medicamentos
	08	Apoyo diagnóstico
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente
Devoluciones		
8	16	Usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago
	44	Profesional que ordena no adscrito
	50	Factura ya pagada o servicios y tecnologías ya facturadas
	56	No radicación de los soportes dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución
Respuestas a Devoluciones o Glosas		
9	95	Glosa o devolución extemporánea
	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ²
	98	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa no aceptada)

3.4. MANUAL DE USO

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

1. Facturación		
Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar los servicios y tecnologías prestadas con los servicios y tecnologías facturadas, según sus catálogos y cantidades, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se restan en la factura (copagos, cuotas moderadoras u otros) a pesar de ser considerados como parte del pago, cuando exista un recaudo efectivo de su valor según acuerdo de voluntades, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente Manual.		
También se aplica en los contratos por capitación para el caso de reducción del valor por concepto de ajuste por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se resta por incumplimiento de la cobertura, resolutiveidad y oportunidad por persona pactadas en el contrato por capitación. También se aplica cuando la factura contenga servicios ya cancelados por la entidad responsable de pago o cuando los mismos servicios de salud se encuentran contenidos en otra factura previamente enviada y la entidad responsable de pago no se ha pronunciado, ni pagado.		
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 de pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.

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

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

102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post quirúrgicos.4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento, según lo pactado entre las partes.5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable de pago no tiene que asumir.
103	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable de pago no tiene que asumir.
104	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable de pago no tiene que asumir.
105	Derechos de sala	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable de pago no tiene que asumir.
106	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. Se cobran dispositivos médicos e insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo quirúrgicos o atención agrupada.3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en dispositivos médicos e insumos que la entidad responsable de pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos	Aplica cuando: <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable de pago no tiene que asumir.

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

108	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando: 1. Los cargos por apoyo diagnóstico (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente apoyos diagnósticos incluidos uno en otro.
109	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por conjunto integral de atenciones, paquete, canasta o grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo.
110	Servicio o tecnología incluida en conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención por conjunto integral de atenciones, paquete, canasta o grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo, de acuerdo con lo pactado.
111	Servicio o tecnología incluido en estancia o derechos de sala	Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran tecnologías de salud que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
112	Factura excede topes autorizados	Aplica cuando la factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	Facturar por separado presupuesto máximo, eventos asegurados por el SOAT, eventos no asegurados por SOAT/eventos ocasionados por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada, recobros a cargo de la ADRES o de la ARL	Aplica cuando el prestador de servicios de salud en una misma factura, registra servicios y tecnologías de salud que deben ser facturados en forma independiente, como: 1. Presupuesto máximo 2. Eventos asegurados por el SOAT 3. Eventos no asegurados por SOAT/eventos ocasionados por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada 4. Recobro a cargo de la ADRES 5. Accidentes de trabajo o enfermedad laboral a cargo de la ARL Nota: En caso de una factura de venta multiusuarios, se glosa lo correspondiente al servicio o tecnología con fuente de financiamiento diferente al del resto de la factura de venta generándose la nota crédito sobre el servicio o tecnología de salud y se continúa con el trámite de la factura de venta.
114	Diferencia en suma de conceptos facturados frente a los soportes	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias en los valores origen de los subtotales o el total de los servicios detallados en los soportes.
116	Usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago	Se refiere al momento en el que se realizó la prestación del servicio al usuario y el prestador hizo la verificación de los derechos del mismo y no a la fecha de expedición de la factura o presentación de los soportes, ni al momento en el que la entidad responsable de pago hace la revisión preliminar o la integral. Aplica cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar

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

		<p>parcialmente.</p> <p>Aplica cuando en la factura se relacionan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uno o varios usuarios que en el momento de la prestación del servicio corresponden a otro responsable de pago.2. Uno o varios servicios corresponden a otro responsable de pago. <p>No aplica cuando la entidad responsable de pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aporte o el comprobante de descuento por parte del empleador.</p> <p>NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes coberturas, planes de beneficio o regímenes (Coberturas ARL, SOAT, presupuesto máximo, Plan de Beneficios en Salud, medicina prepagada, planes complementarios de salud o seguros de vida), así sea de la misma entidad responsable de pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.</p>
119	Error en descuento pactado	<p>Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.</p>
120	Recibo de pago compartido	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Por acuerdo de voluntades, el recaudo de los copagos y las cuotas moderadoras o de recuperación, están a cargo del prestador de servicios de salud y su recaudo efectivo no se realiza por causa atribuible al prestador.2. Los recaudos efectivos de copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, que por acuerdo de voluntades efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.3. Por acuerdo de voluntades, el recaudo de los copagos y las cuotas moderadoras o de recuperación, están a cargo del prestador de servicios de salud y su recaudo efectivo hace parte del pago a dicho prestador; sin embargo, no se hizo la resta del recaudo y se está cobrando el 100% de la factura.
122	Respuesta a glosa o devolución extemporánea	<p>Aplica cuando la entidad responsable de pago informa al prestador de servicios de salud que la respuesta a la glosa o devolución se presenta por fuera de los términos legales.</p>
123	Procedimiento o actividad	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
125	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se factura por una finalidad diferente a aquellas que aplican en intervenciones para la promoción y el mantenimiento de la salud.2. Se factura la actividad para la promoción y mantenimiento de la salud por fuera del paquete o cualquiera otra modalidad de contratación y de pago agrupado de servicios y tecnologías de salud, según acuerdo de voluntades. <p>Nota: Lo anterior aplica de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique, adicione o sustituya.</p>
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	<p>Aplica cuando se factura un servicio prestado por modalidad de contratación y de pago por servicio a un usuario capitado.</p> <p>Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.</p>
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	<p>Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.</p>
128	Servicio o tecnología de salud ya pagada	<p>Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio o tecnología de salud ya pagada por parte de la entidad responsable de pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes o</p>

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

	al prestador de servicios de salud	servicios y se puede tramitar parcialmente.
151	Ajuste en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador	Aplica cuando se realizan ajustes al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que, por motivo de atención de urgencias o remisión de la IPS contratista por imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	Incumplimiento de la cobertura, resolutiveidad y oportunidad de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los reportes de información de las actividades obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se envían en estructura diferente a las exigidas por la normativa vigente.2. El prestador de servicios de salud incumple o no demuestra el cumplimiento de lo pactado en cobertura, oportunidad y resolutiveidad de las actividades obligatorias por persona para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas, según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la adicione, modifique o sustituya. <p>Nota: En caso de ser pactadas por modalidad de contratación y de pago por capitación, el valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.</p>

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	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.

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

207	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención por agrupado (conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado o en la normativa 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 de 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 o porque no corresponden a la persona atendida.

301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia o porque no corresponde a la persona atendida.
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 o porque no corresponde a la persona atendida.
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. 3. Porque no corresponden a la persona atendida.
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 o porque no corresponde a la persona atendida.
306	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando en la descripción quirúrgica o en otros procedimientos en salud no se registran los dispositivos médicos e insumos empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa o porque no corresponde a la persona atendida. No aplica cuando el registro está en la hoja de gastos de cirugía y se envía como soporte.
307	Medicamentos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el Comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.

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

		<p>2. Existe inconsistencia en los contenidos de la factura frente a los relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.</p> <p>3. Porque no corresponde a la persona atendida.</p>
308	Apoyo diagnóstico	<p>Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de apoyo diagnóstico que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura o porque no corresponde a la persona atendida.</p> <p>Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.</p>
309	Atención por agrupado (Conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo)	<p>Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al conjunto integral de atenciones, paquete, canasta, grupo relacionado por diagnóstico, pago global prospectivo o pago integral por grupo de riesgo o porque no corresponde a la persona atendida.</p>
320	Recibo de pago compartido	<p>Aplica cuando la entidad responsable de pago recauda el valor del copago, cuota moderadora o de recuperación, estableciendo por acuerdo de voluntades que el prestador de servicios de salud debe recibirlo y anexarlo electrónicamente. Es causal de glosa cuando el PSS no anexa a la factura de venta los soportes de recaudo del copago, cuota moderadora o de recuperación que recibió del usuario.</p>
321	Autorización principal	<p>Aplica como glosa total cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios de salud o no corresponde a la persona atendida.</p> <p>No aplica cuando la entidad responsable de pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente y será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable de pago, o a la dirección departamental, distrital o municipal de salud.</p> <p>No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.</p>
330	Autorización de servicios adicionales	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el plan de manejo del evento principal o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador.</p> <p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se carece de autorización de servicios adicionales.2. La autorización no corresponde al prestador de servicios.3. La autorización no corresponde al servicio prestado o facturado.4. La autorización no corresponde a la persona atendida. <p>No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización.</p>
332	Detalle de cargos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados.2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
334	Resumen de atención, epicrisis, hoja de atención de urgencias u	<p>Aplica como glosa total cuando existe ausencia total o parcial y/o tiene inconsistencias, ilegibilidad o enmendaduras o porque no corresponde a la persona atendida:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La epicrisis correspondiente a la factura de internación y/o

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones”		
	odontograma	procedimientos quirúrgicos, hospitalarios o ambulatorio. 2. La hoja de atención de urgencias para el caso de facturas de atención de urgencias sin observación. 3. El resumen de atención según aplique. 4. El odontograma, para el caso de facturas de atención odontológica.
336	Copia de factura y/o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT o por vehículo no identificado a cargo de las EPS/Entidad adaptada, cuando aplica, con sus respectivos detalles, con las que se cumple los toques de cobertura o porque no corresponde a la persona atendida.
337	Orden y/o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula del profesional tratante o porque no corresponde a la persona atendida.
338	Traslado o transporte	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado o en los documentos de soporte del transporte o porque no corresponde a la persona atendida.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de la prestación del servicio o porque no corresponde a la persona atendida.
340	Registro de anestesia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia del registro de anestesia o porque no corresponde a la persona atendida.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía o porque no corresponde a la persona atendida.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador de servicios de salud y el pagador, y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador de servicios de salud ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información.
347	Faltan soportes de los servicios y tecnologías de salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL	Aplica como glosa total cuando no se incluye en la factura los soportes de los servicios y tecnologías de salud para recobros a cargo de la ADRES, accidentes de trabajo o enfermedad profesional a cargo de la ARL, de conformidad con la normativa vigente.
348	Informe de atención de urgencias	Aplica como glosa total cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable de pago, en los términos definidos en la normativa vigente. No aplica en los casos en los que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló la solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención de urgencias. Tampoco aplica cuando la atención ha sido informada a la entidad territorial, por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable de pago, en los términos establecidos en la normativa vigente.
355	Registro Individual de Prestaciones de	Aplica como glosa total cuando el RIPS no representa la factura de venta de la cual son soporte:

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

	Servicios en Salud	<div>1. Cuando existe ausencia parcial del RIPS, es decir, los registros de servicios y tecnologías de salud relacionados en la factura no se encuentran en su totalidad registrados en el RIPS.</div> <div>2. Cuando existe inconsistencias del RIPS, es decir, los registros de servicios y tecnologías de salud no correspondan con lo facturado.</div> <div>3. Cuando los datos de los archivos relacionados con "Transacción de los servicios facturados" y "Usuarios de los servicios de salud" comunes con los campos de datos en salud del XML normados por el MSPS, no coinciden.</div> <div>En el caso de que uno o varios campos de datos de RIPS no sean coherente con el XML de la factura de venta, la ERP debe formular y comunicar la glosa, especificando todos y cada uno de los campos de datos inconsistentes, para que el PSS haga el ajuste y realice lo correspondiente para que la ERP continúe el proceso de auditoría. No podrá formular esta causa sobre campos de datos nuevos, sólo podrá formularla si persiste un error en alguno de los campos citados en la primera formulación.</div> <div>Nota: Cuando la factura de venta incluya varios usuarios, aplica glosa total sólo si la factura no se puede tramitar parcialmente.</div>
--	--------------------	---

4. Autorizaciones

Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías de salud facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable de pago o cuando se cobren servicios y tecnologías con documentos o firmas adulteradas.

Se consideran autorizadas aquellas solicitudes remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la ERP, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la normativa vigente.

Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término establecido en la presente Resolución.

401	Estancia	<div>Aplica cuando:</div> <div>1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados.</div> <div>2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.</div>
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
403	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando la entidad responsable de pago emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la institución prestadora de servicios de salud está facturando a su nombre estos honorarios.
406	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los apoyos diagnósticos relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada, relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicionales	<div>Aplica cuando la autorización de servicios adicionales que se refieren a los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de manejo de la condición principal, difiere con lo autorizado.</div> <div>No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida</div>

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

		justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.
438	Traslado o transporte	Aplica cuando el traslado o transporte de pacientes, de acuerdo con la normativa vigente no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. No aplica en el caso de traslados de pacientes con patología de urgencias.
443	Orden y/o fórmula médica o autorización de servicios vencida	Aplica cuando: 1. El número de la autorización de servicios, orden y/o fórmula del profesional tratante que se registra en el XML de la factura electrónica de venta, ha superado el límite de días de vigencia. 2. El número de la autorización de servicios, orden y/o fórmula del profesional tratante que se registra en el XML de la factura electrónica de venta, no corresponde a la autorización, orden o fórmula reemplazada por vencimiento.

5. Cobertura

Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios y tecnologías de salud que no están incluidos en los planes o coberturas a cargo de las entidades responsables de pago, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los apoyos diagnósticos relacionados y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o por vehículo no identificados a cargo de las EPS/Entidad adaptada	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable de pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o por vehículo no identificados a cargo de las EPS/Entidad adaptada.

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

6. Pertinencia

Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la epicrisis o la historia clínica (consulta presencial o virtual) conforme a la normativa vigente y las ayudas diagnósticas solicitadas o al tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención o de la sana crítica de la auditoría médica, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
605	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Dispositivos médicos e insumos	Aplica cuando los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o en los soportes de la factura, no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o en los soportes de la factura, no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Apoyo diagnóstico	Aplica cuando los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normativa vigente.

8. Devoluciones

Es una no conformidad que afecta en forma total la factura de venta por prestación de servicios y tecnologías de salud, encontrada por la entidad responsable de pago durante la revisión preliminar y que impide efectuar el pago de la misma. Las causales de devolución son taxativas, se refieren a falta de competencia para el pago cuando el usuario o servicio corresponde a otro responsable de pago, el profesional que ordena el servicio o la tecnología en salud no está adscrito a la entidad responsable de pago, cuando la factura ya ha sido pagada o los servicios y tecnologías de salud ya facturados y la no radicación de los soportes dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la expedición de la factura conforme al artículo 1 de la presente Resolución. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal, debiendo hacerse uso de la causa de glosas según corresponda.

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

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

9. Respuesta a devoluciones o glosas

Corresponde al pronunciamiento que el prestador de servicios de salud da a la devolución o glosa generada por la entidad responsable de pago. Las respuestas son taxativas así: Glosa o devolución extemporánea, Glosa o devolución injustificada, No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada), Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada) y Subsanada (Glosa no aceptada)

995	Glosa o devolución extemporánea	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa o devolución se encuentra por fuera de los términos legales.
996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa o devolución es injustificada al 100% y el prestador de servicios de salud la subsana o la aclara.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa no aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable de pago que la glosa siendo justificable ha podido ser subsanada totalmente.

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

ANEXO TÉCNICO No. 12 - ENVÍO Y RECEPCIÓN EN MEDIO DIGITAL DE LOS SOPORTES DE LA FACTURA DE VENTA EN SALUD

1. Objetivo

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

El trámite de la factura electrónica de venta estará sujeta a lo normado por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 084 de 2021 o la que modifique, adicione o sustituya. El trámite de los soportes de cobro que acompañan la factura electrónica de venta estará sujeto a lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Normas generales del envío y recepción

Para el envío y la recepción de la factura de venta, las partes deben tener en cuenta la Resolución 0042 de 2020 y 0012 de 2021 expedidas por la DIAN o las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Para el envío y la recepción de los soportes de cobro de las prestaciones de servicios y tecnologías de salud, de los que trata el Anexo Técnico No. 5 de la presente Resolución, las partes deben definir con o sin acuerdo de voluntades, el medio que se utilizará y que puede corresponder a:

- 2.1. Establecer el correo electrónico para el envío y recepción de los soportes de la factura de venta. Este puede ser utilizado para otros documentos como el de envío de las devoluciones, glosas o respuestas. En todo caso, se deben enviar los archivos de los soportes encriptados, con clave asimétrica tipo RSA válida tanto para cifrar como para firmar digitalmente, en coherencia con la normativa sobre la seguridad de la información. De ser necesario, se podrá usar el correo electrónico inscrito por la entidad responsable de pago para el envío de la factura electrónica de venta.

Se debe enviar a correos electrónicos de sitios seguros, con capacidad suficiente para el envío de soportes de gran tamaño, garantizando la seguridad, autenticidad y protección de las cuentas de donde se generarán los correos, empleando contraseñas con un grado de complejidad alto.

- 2.2. Establecer por transmisión electrónica, en dispositivos electrónicos (plataformas, portales de transacción u otro) para la presentación de los soportes de la factura de venta. Este puede ser utilizado para otros documentos como el de envío de las devoluciones, glosas o respuestas.

3. Normas generales de los archivos:

- 3.1. Los soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías de salud son los establecidos en el Anexo Técnico No. 5 de la presente Resolución.
- 3.2. El soporte de cobro número 1 del Anexo Técnico No. 5 es la factura de venta en cumplimiento de lo normado por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 3.3. El soporte de cobro número 15 del Anexo Técnico No. 5 es el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS), de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000 o la que la modifique, adicione o sustituya.

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

- 3.4. Cada uno de los archivos de los soportes de factura de venta se deben digitalizar de manera independiente, en archivo con formato PDF, excepto el archivo de Detalle de cargos que debe ser enviado en formato TXT o CSV.
- 3.5. Las características técnicas de los soportes de factura de venta cuando son documentos en archivos PDF, TXT o CSV, según aplique, deben ser nombrados con la siguiente estructura:

No.	NOMBRE DEL SOPORTE	ABREVIATURA	NÚMERO FACTURA (incluye Prefijo)	NOMBRE DEL ARCHIVO
1	Detalle de cargos	DTC_	Alfanumérico	DTC_A999999999.txt o csv
2	Epicrisis	EPI_	Alfanumérico	EPI_A999999999.pdf
3	Hoja de evolución	HEV_	Alfanumérico	HEV_A999999999.pdf
4	Hoja de consulta	HCO_	Alfanumérico	HCO_A999999999.pdf
5	Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico	EDX_	Alfanumérico	EDX_A999999999.pdf
6	Descripción quirúrgica	DQX_	Alfanumérico	DQX_A999999999.pdf
7	Registro de anestesia	RAN_	Alfanumérico	RAN_A999999999.pdf
8	Comprobante de recibido del usuario	CRC_	Alfanumérico	CRC_A999999999.pdf
9	Hoja de traslado	HTL_	Alfanumérico	HTL_A999999999.pdf
10	Vales, tiquetes o carta de transporte	VTC_	Alfanumérico	VTC_A999999999.pdf
11	Factura por el cobro a la aseguradora SOAT o la EPS/Entidad adaptada	FAT_	Alfanumérico	FAT_A999999999.pdf
12	Orden y/o fórmula médica	OMD_	Alfanumérico	OMD_A999999999.pdf
13	Lista de precios	LDP_	Alfanumérico	LDP_A999999999.pdf
14	Hoja de atención de urgencias	HAU_	Alfanumérico	HAU_A999999999.pdf
15	Odontograma	ODN_	Alfanumérico	ODN_A999999999.pdf
16	Hoja de administración de medicamentos	HAM_	Alfanumérico	HAM_A999999999.pdf
17	Factura de venta del material de osteosíntesis expedida por el proveedor	FMO_	Alfanumérico	FMO_A999999999.pdf

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

- 3.6. Características de la digitalización:
- a. Escala. Los documentos deben estar digitalizados en la escala más básica de blanco y negro para texto.
 - b. Resolución de la imagen. Digitalización con una resolución de 300 dpi en escala básica de blanco y negro.

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

- c. Tipo Archivo. El formato del archivo para digitalización debe ser PDF, TXT o CSV, según aplique.
- 3.7. Compresión de archivos PDF: Se deben seleccionar todos los archivos y comprimirlos generando un Archivo .ZIP, éstos no deben contener subcarpetas dentro del archivo comprimido.
- 3.8. Peso máximo es de 1GB.
- 3.9. Plan de contingencia: en los acuerdos de voluntades debe quedar explícito el plan de contingencia, el cual es un mecanismo excepcional, temporal y específicamente para situaciones en las cuales no sea posible radicar los soportes por medio electrónico de acuerdo al anexo técnico 12 de la presente resolución.
- 3.10. En el caso de facturas de venta multiusuarios se enviará cada soporte adicionando al mismo: guion bajo seguido del número del documento de identificación del usuario. Ejemplo: EPI_A999999999_Número de documento de identificación de usuario.

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

TABLA DE SOPORTES Y CÓDIGOS ELIMINADOS

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

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

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