



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2022**

()

Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 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 2.5.3.4.2.1 numeral 1.2; 2.5.3.4.2.2. numeral 17; 2.5.3.4.2.4; 2.5.3.4.4.1; 2.5.3.4.4.6; 2.5.3.4.7.1; 2.5.3.4.7.4.; 2.5.3.4.8.1. y 2.5.3.4.8.4. del Decreto 780 de 2016, sustituido por el Decreto 441 de 2022, y,

CONSIDERANDO

Que en desarrollo de lo establecido en el artículo 179 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, en relación con el campo de acción de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y la regulación del aseguramiento en salud que les corresponde asumir a estas, dichas Entidades deben adelantar procesos de contratación para garantizar la atención en salud a través de la articulación de los servicios, el acceso efectivo a los mismos y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, la atención de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, por lo tanto, no se podrán poner barreras para el acceso a dicho servicio, ni exigir autorización alguna para su prestación; debiéndose, a fin de garantizar la atención de urgencias, definir el procedimiento para efectuar el envío del informe de dicha atención a las Entidades Responsables de Pago - ERP.

Que en el marco de la Ley 1751 de 2015, es obligación del Estado formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en coordinación con todos los agentes del Sistema, así como la integralidad, continuidad y oportunidad en la atención.

Que en aras de garantizar el acceso continuo de los usuarios a la prestación o provisión de los servicios o tecnologías en salud, sin interrupciones por razones administrativas, en los términos del literal d) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, es necesario incluir disposiciones relacionadas con la eliminación de barreras administrativas que afecten la prestación o provisión de los servicios o tecnologías y que tengan como fuente los acuerdos de voluntades, priorizando la atención integral del usuario, sin que le sea asignada la carga administrativa del trámite de autorizaciones, estando ésta en cabeza de los prestadores de servicios de salud o

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

los proveedores de tecnologías en salud, cuando sea requerida con base en el acuerdo de voluntades.

Que en desarrollo de los principios de sostenibilidad y eficiencia definidos en los literales j) y k) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, se deben establecer reglas que mejoren las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios y tecnologías de salud, orientados hacia la calidad y obtención de resultados en salud.

Que a través del Decreto 441 de 2022 se sustituyó el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, con el fin de actualizar las normas de contratación de que trataba la norma en mención, teniendo en cuenta la implementación de modalidades de pago que privilegien la integralidad de la atención en salud que favorezcan el acceso del usuario a la prestación de los servicios de salud que requiera, para efectos de lo cual a través del Decreto 441 de 2022 se regularon algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, y se establecieron mecanismos de protección a los usuarios.

Que en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 3202 de 2016, las EPS deben priorizar las rutas a implementar en su población de acuerdo a la caracterización poblacional y teniendo en cuenta que la Resolución 3280 de 2018 estableció los lineamientos técnicos de la ruta para la promoción y el mantenimiento de la salud y de la atención de la población materno perinatal, las cuales son de obligatorio cumplimiento, es pertinente que los acuerdos de voluntades que se suscriban con el fin de implementar las intervenciones que allí se determinen, cuenten con herramientas de seguimiento que permitan la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social.

Que de acuerdo a lo consagrado en el numeral 1.2. del artículo 2.5.3.4.2.1 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, uno de los elementos mínimos de la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, es la caracterización de la población o el análisis de situación en salud, según corresponda, conforme a la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como, la información adicional que se requiera para que los Prestadores de Servicios de Salud- PSS y los Proveedores de Tecnologías en Salud- PTS estén en capacidad de identificar las condiciones de salud de la población que será atendida, de acuerdo con la modalidad de pago a convenir.

Que de conformidad con lo dispuesto en el numeral 17 del artículo 2.5.3.4.2.2. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, dentro del contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, la especificación de los reportes de obligatorio cumplimiento que apliquen al objeto contractual, así como los procesos de entrega, deben estar acordes a los términos que establezca este Ministerio.

Que en virtud de lo establecido en el artículo 2.5.3.4.2.4. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, en los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, se debe incluir la nota técnica, como anexo que hace parte integral del contrato, debiéndose expresar los servicios y tecnologías incluidos en la referida nota técnica, con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

de Medicamentos y Alimentos – INVIMA que son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Que, para efectos de llevar a cabo el seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, se deben incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, conforme a los parámetros establecidos en la precitada norma.

Que el proceso de auditoría de cuentas médicas de que trata el artículo 2.5.3.4.3.3. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, debe realizarse con base en los soportes definidos en el artículo 2.5.3.4.4.1. del citado Decreto, con sujeción a los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS.

Que conforme a lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud deberán presentar a las Entidades Responsables del Pago, las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que la ERP pueda exigir soportes adicionales, constituyendo el RIPS un soporte obligatorio para la presentación de la factura de venta

Que atendiendo lo preceptuado en el artículo 2.5.3.4.4.6. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, la denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, para efectos de lo cual, es necesario establecer el trámite que deberán observar las Entidades Responsables del Pago cuando se configure una causal de devolución.

Que en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 2.5.3.4.7.2. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, corresponde a las entidades responsables de pago mantener actualizados los datos de contacto de los usuarios, debiendo los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud informar periódicamente a las entidades responsables de pago las novedades que identifiquen para que estas la actualicen, por lo tanto, es necesario establecer el procedimiento para llevar a cabo dicha actualización.

Que en virtud d consagrado en el artículo 2.5.3.4.7.3 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, es deber de las Entidades Responsables de Pago – ERP garantizar la integralidad y continuidad del proceso de atención, estableciendo acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, con uno o varios prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo a los parámetros establecidos en el artículo en cuestión.

Que de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, no habrá lugar a la solicitud de autorización para la atención integral del cáncer infantil, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley 2026 de 2020; del VIH/SIDA de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 972 de 2005; del cáncer de adultos de conformidad con la Ley 1384 de 2010; la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS que el Ministerio de Salud y Protección Social haya definido como de obligatorio cumplimiento; las priorizadas por la entidad responsable de pago de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de la situación en salud que esta realice; la gestión de eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública, y todos aquellos

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

que así se haya previsto por la normatividad y en caso de existir autorización le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, definir los términos para el procedimiento de las mismas por parte del prestador o el proveedor de tecnologías en salud ante la entidad responsable del pago.

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.7.5 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, es necesario establecer los pasos para llevar a cabo la operación del proceso de referencia y contrarreferencia, con el fin de que el mismo atienda la integralidad del proceso de atención en salud, sin limitarse a los casos de urgencias.

Que, en virtud de los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud de que trata la Resolución 497 de 2021, las EPS deben organizar Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, garantizando con las mismas, la calidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud contratados a través de los diferentes acuerdos de voluntades.

Que en virtud de lo establecido en el artículo 2.5.3.4.8.1. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019 y las demás normas concomitantes en la materia, determinará la información que deben reportar y publicar las Entidades Responsables del Pago, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud en el sistema que establezca para el efecto este Ministerio, el cual servirá de insumo para que todos los actores del SGSSS ejerzan sus funciones y competencias.

Que el acceso a la historia clínica de los usuarios con el fin de verificar la efectiva prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud, debe hacerse garantizando el adecuado tratamiento de los datos personales y sensibles, conforme con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2021 y sus normas reglamentarias.

Que, en consecuencia, es necesario simplificar los procesos para autorizaciones, respuestas, referencia y contra referencia; actualizar los medios y mecanismos para la transferencia de información conforme a los avances tecnológicos; unificar los campos de datos entre las diferentes fuentes de información del sistema y determinar los tiempos del trámite de devoluciones.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Definir los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud- PSS, proveedores de tecnologías de salud- PTS y entidades responsables del pago- ERP de servicios de salud.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica, en lo de su competencia y de acuerdo con las definiciones a que hace referencia el artículo 2.5.3.4.1.3 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, a las Entidades Promotoras de Salud- EPS, Entidades Adaptadas- EA, Administradoras de Riesgos Laborales- ARL, las Entidades Territoriales- ET cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS públicas, privadas y mixtas, los profesionales independientes de salud, el transporte especial de

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

pacientes; las personas naturales o jurídicas que realicen disposición, almacenamiento o entrega de tecnologías en salud, incluyendo los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud- OLTS y Gestores Farmacéuticos- GF. A las Organizaciones No Gubernamentales-ONG, universidades y otras entidades privadas, conforme a lo dispuesto en el numeral 14.3 del artículo 14 de la Resolución 518 de 2015 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Cuando los prestadores de servicios de salud o los proveedores de tecnologías en salud, a quienes les sea aplicable la presente resolución, suscriban acuerdos de voluntades con las entidades que administran regímenes especiales o de excepción, así como con el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, deberán acordar la aplicación de las disposiciones contenidas en esta Resolución.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente Resolución se adoptan las siguientes definiciones:

- 3.1. Atención agrupada:** Son las atenciones en salud que incluyen un conjunto de servicios y tecnologías en relación con un evento, una o varias condiciones en salud o población. Aplica para todas las modalidades de pago prospectivas incluidas en el Decreto 780 de 2016 y todas aquellas que las partes pacten y cumplan con lo aquí definido.
- 3.2. Autorización:** Aval emitido por la ERP previo para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías de salud requeridos por el usuario, dirigida a un PSS o PTS, de acuerdo con lo establecido entre el PSS, PTS y la ERP según la normativa vigente.
 - a. Autorización principal:** Aval que se emite para soportar la razón principal de la atención dentro del plan de manejo inicial establecido por el profesional o el equipo tratante.
 - b. Autorización adicional:** Aval que se deriva de la evolución de la condición inicial de salud del paciente y no están incluidas en la principal, con el fin de mantener, mejorar o superar su estado actual, de conformidad con los cambios en el plan de manejo que se establezcan.
 - c. Autorización integral:** Aval que se emite para uno o varios PSS y PTS para la atención de un evento, condición o condiciones en salud, o la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías previamente concertados dentro de un mismo servicio habilitado o varios servicios habilitados en el mismo grado de complejidad o modalidad de prestación.
- 3.3. Radicación:** Es el momento en el cual el PSS o el PTS entrega formalmente a través de los medios tecnológicos definidos, la Factura Electrónica de Venta, el RIPS y demás soportes a la ERP y ésta emite el registro de radicación de manera automática y en línea. La vigencia de la radicación tiene lugar a partir del día hábil siguiente a su realización, con la cual se da inicio al trámite de devoluciones de que trata el artículo 17 de la presente resolución dentro de los términos del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.
- 3.4. Recibo de pago compartido:** Formalización a través de la expedición de una factura de venta o el 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 ERP o al PSS, o PTS, según corresponda.
- 3.2 Registro de radicación:** Legalización del recibido de soportes de cobro definidos en el anexo técnico 3 de la presente resolución, a través de un consecutivo emitido

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

y comunicado por la ERP a un PSS o PTS en el momento de la recepción de dichos soportes. Dicho proceso debe estar automatizado y en línea.

3.3 Servicios o tecnologías electivas: Son aquellos servicios y tecnologías de salud que se pueden prestar o proveer de manera programada, prioritaria o no, dado que la condición de salud que origina la atención no implica un riesgo inminente para la vida del paciente, en el futuro inmediato.

a. Servicio o tecnología prioritaria: Son aquellos servicios y tecnologías de salud que se pueden prestar o proveer cuando la condición de salud que origina la atención no pone en riesgo la vida del paciente en el futuro inmediato, pero si genera un incremento potencial en el nivel de compromiso funcional, anatómico o riesgo de complicaciones o secuelas si no hay una atención oportuna.

Artículo 4. Procedimiento para la actualización de los datos de contacto de los usuarios. Para la actualización de los datos de contacto del usuario en las bases de datos de la ERP de que trata el parágrafo 2 del artículo 2.5.3.1.1. y el artículo 2.5.3.4.7.2. del Decreto 780 de 2016, este último sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, el PSS y PTS utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1. Los medios tecnológicos para la transferencia de información entre las partes corresponderán a lo establecido en el artículo 19 de la presente resolución.

Es responsabilidad de la ERP mantener actualizada la información de sus afiliados, no obstante, en el momento de la atención en salud los PSS y PTS deberán validar que los datos de contacto contenidos en la información dispuesta por la ERP sean los correctos, en el caso que se encuentren inconsistencias o ausencia de los mismos, deberán informar la misma a la ERP, mediante el medio tecnológico pactado en el marco de los acuerdos de voluntades que se suscriban entre las partes y no podrá convertirse en una barrera para la prestación de los servicios de salud por parte del PSS o PTS.

La transferencia de la información por parte del PSS o PTS a las ERP deberá realizarse con la periodicidad pactada en el acuerdo de voluntades o una vez se identifique la inconsistencia o ausencia de datos cuando no se haya suscrito previamente un acuerdo de voluntades.

Artículo 5. Procedimiento para el Informe de la atención de urgencias. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1751 de 2015, al momento de la atención de urgencias, el PSS deberá enviar a la ERP el informe de la atención de urgencias, con el fin de que esta última pueda definir las opciones administrativas que garanticen la integralidad del proceso de atención de su afiliado en su red, en aquellos casos que el PSS no cuente con los servicios requeridos para la atención integral del usuario o no esté adscrito a su red de servicios.

Para el Informe de la atención de urgencias de que trata el artículo 2.5.3.2.6. del Decreto 780 de 2016, los PSS utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución. Los medios tecnológicos para la transferencia de información entre las partes corresponderán a lo establecido en el artículo 19 de la presente resolución.

El envío del Informe de la atención de urgencias a la ERP se realizará a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, con lo cual ésta no podrá ser objeto de glosa por parte de la ERP al haber sido notificado oportunamente; como prueba de ello el PSS conservará la evidencia del envío. Este procedimiento requiere un acuse de recibo automático y en línea, lo cual no podrá constituirse en una barrera para el reconocimiento y pago de la factura de venta y los soportes.

Parágrafo 1. En caso que, de la atención de urgencias se derive la demanda de servicios de una persona que no se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS o se encuentre con novedad de terminación de la inscripción en la Entidad Promotora de Salud - EPS, el PSS deberá proceder a la afiliación de oficio de manera inmediata en los

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

términos del artículo 2.1.5.4 del Decreto 780 de 2016 adicionado por el artículo 4 del Decreto 064 de 2020 y de la Resolución 1128 de 2020, o las normas que la modifique, adicione o sustituya.

Parágrafo 2. Cuando el PSS no pueda identificar la ERP o cuando la ERP sea la Dirección Territorial de Salud - DTS, el PSS deberá proceder a enviar el informe de atención de urgencias a la DTS en el mismo término definido en este artículo, de acuerdo con los procesos establecidos en el artículo 19. La DTS deberá conservar la evidencia de este informe. Así mismo, una vez sea identificada o asignada la ERP, el PSS deberá allegar el informe de atención de urgencias a la ERP correspondiente.

Artículo 6. Procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias y en caso de autorización adicional. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 120 del Decreto Ley 019 de 2012, si para las prestaciones de servicios de salud posteriores a la atención de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, el PSS utilizará los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1, que hace parte integral de la presente resolución y las soluciones tecnológicas para la transferencia de información entre las partes de que trata el artículo 19 de este acto administrativo.

Para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. La solicitud de autorización para continuar la atención una vez culmine la atención de urgencias, se realizará máximo dentro del término de las cuatro (4) horas siguientes.
2. La ERP deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud, si no existe respuesta por parte de la ERP, se entenderá por aceptada y no podrá ser objeto de glosa, para lo cual el PSS deberá contar con el correspondiente soporte de la solicitud de autorización.
3. Cuando después de prestados los servicios autorizados en la solicitud inicial, se requieran servicios adicionales, en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización adicional se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente y los tiempos serán los contenidos en el literal b del artículo 6 de la presente resolución.
4. Si el paciente requiere para continuar su atención remisión a otro PSS, el PSS remisor deberá enviar a la ERP la información definida en el Anexo Técnico 1, para lo cual la ERP deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 12 de la presente resolución.

Parágrafo 1. Cuando el PSS no pueda identificar la ERP o cuando la ERP sea la DTS, este deberá proceder a enviar la solicitud de autorización posterior a la atención de urgencias a la DTS en los términos establecidos en el artículo 19 de la presente resolución, la cual deberá conservar la evidencia de esta solicitud, y una vez sea identificada o asignada la ERP, el PSS deberá allegar copia a esta.

Parágrafo 2. De requerirse prestaciones de servicios de salud posteriores a la atención de urgencias, en aquellos casos en donde no exista acuerdo de voluntades, el PSS deberá solicitar la debida autorización ante la ERP.

Parágrafo 3. Cuando para la prescripción y el suministro del servicio o tecnología se deba hacer uso de la herramienta de prescripción- MIPRES, o la que haga sus veces, no será necesario el uso de los campos de datos contenidos en el Anexo Técnico 1.

Artículo 7. Procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias. Si para las prestaciones de servicios de salud posteriores a la atención de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

autorización, para su respuesta la ERP utilizará los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1, que hace parte integral de la presente resolución y las soluciones tecnológicas para la transferencia de información entre las partes corresponderán a lo establecido en el artículo 19 de este acto administrativo.

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

1. Las ERP deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:
 - a) Para la atención inmediatamente posterior a la atención de las urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
 - b) Para la prestación de servicios adicionales dentro del proceso de atención derivado de las urgencias: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.
2. Si transcurridos los términos establecidos en el numeral 1 del presente artículo, el PSS no ha recibido respuesta por parte de la ERP, el PSS continuará brindando la atención en los términos de la solicitud y facturará anexando como soporte la solicitud de autorización remitida a la ERP. La ERP no podrá glosar o devolver la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.
3. Cuando la ERP no logre comunicación con el PSS, deberá conservar la evidencia de la respuesta emitida a la solicitud de autorización.
4. En caso de que la solicitud implique la remisión a otro PSS y no se obtenga respuesta por parte de la ERP, el PSS deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE de la DTS, quien definirá el PSS a donde debe remitirse el paciente. La ERP deberá cancelar el valor de la atención al PSS receptor en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir este, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado. Lo anterior debe tramitarse en el marco del artículo 12 de la presente Resolución.
5. En caso de que la ERP considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado en el PSS solicitante, la ERP adelantará los trámites necesarios para continuar con la atención en salud requerida por el usuario en otro PSS, lo cual deberá ser resuelto en un término no mayor a cuatro (4) horas desde la solicitud de la autorización, siempre que no se ponga en riesgo la vida e integridad del paciente dada su condición de salud.

Parágrafo. Cuando excepcionalmente la ERP requiera información clínica adicional a la contenida en el Anexo Técnico 1, esta deberá solicitarla al PSS dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de autorización por parte de este, para lo cual el PSS deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de información adicional. Una vez recibida la información adicional la ERP deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.

Esta solicitud adicional de información y los tiempos aquí determinados igualmente harán parte de las 6 horas dispuestas para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias.

Artículo 8. Procedimiento para la solicitud de autorización de servicios electivos. De acuerdo con lo establecido en los artículos 2.5.3.1.3. del Decreto 780 de 2016 y 125 del Decreto Ley 019 de 2012 modificado por el artículo 105 del Decreto Ley 2106 de 2019, si para la realización de servicios y tecnologías de salud de carácter electivo, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, el PSS o PTS utilizará los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1, que hace parte integral de la presente resolución.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

Los medios tecnológicos para la transferencia de información entre las partes corresponderán a lo establecido en el artículo 19 de la presente resolución.

Para la solicitud de autorización de servicios electivos, se deberán tener en cuenta las siguientes condiciones:

- 1. El envío de la solicitud por el PSS o PTS se realizará a más tardar dentro de los dos (2) días calendario siguientes a la orden o prescripción facultativa realizada por el profesional tratante y en caso de ser prioritaria o en poblaciones de especial protección, en el lapso de un (1) día hábil, con el fin de que la ERP pueda definir las opciones que garanticen la integralidad del proceso de atención de su afiliado en su red.*
- 2. La ERP deberá disponer los canales y medios necesarios para que el PSS o PTS realicen este trámite en línea, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la presente resolución.*
- 3. El PSS o PTS y la ERP dentro de sus canales de atención para los usuarios, dispondrán la información de las gestiones a su cargo relacionadas con este artículo y el estado de la misma, para su respectiva consulta y seguimiento por parte del afiliado.*
- 4. La ERP deberá notificar al usuario al momento de recibido de la solicitud por parte del PSS o PTS el registro de la misma, al medio de contacto definido por este.*

En ningún caso las ERP, los PSS o PTS podrán exigir que el usuario o su acudiente realice este trámite por ningún medio, o exigir la presentación de documentación adicional para la autorización por parte de este. El trámite de la solicitud debe ser realizado por el PSS o PTS solicitante de manera integral.

Artículo 9. Procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos. Si para la realización de servicios electivos, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1, que hace parte integral de la presente resolución.

Los medios tecnológicos para la transferencia de información entre las partes corresponderán a lo establecido en el artículo 19 que hace parte de la presente resolución.

Las ERP deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios electivos, dentro de los siguientes términos:

- 1. En caso de servicios electivos que no sean de carácter prioritario, la respuesta deberá ser comunicada al usuario, a través de los datos de contacto que este haya definido, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la presente resolución, en un plazo máximo de tres (3) días calendario. En caso de ser positiva, la ERP asignará el PSS o PTS dentro de su red que cuente con los servicios y tecnologías de salud requeridos, más cercano a la residencia del usuario para su atención en salud, según lo establecido en el artículo 3 de la presente resolución.*
- 2. En caso tal de que la solicitud sea de carácter prioritario, esto es, cuando la condición de salud que la origina no pone en riesgo la vida del usuario en el futuro inmediato, pero si genera un incremento potencial en el nivel de compromiso funcional, anatómico o riesgo de complicaciones o secuelas si no hay una atención oportuna, o se trate de poblaciones de especial protección, la respuesta a la solicitud de autorización se emitirá dentro del siguiente día hábil a la recepción de la solicitud de autorización; la ERP deberá comunicarle al usuario el PSS o PTS autorizado, la fecha y hora, así como toda la información pertinente para que se dé la atención prioritaria requerida por el usuario.*
- 3. La ERP le comunicará al PSS o PTS asignado o seleccionado por el usuario, esta decisión, dentro de las doce (12) horas siguientes a la asignación o a la elección del*

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

PSS o PTS, a través de los medios definidos entre las partes según el artículo 19 de la presente resolución.

4. *El PSS o PTS autorizado, deberá comunicarse con el usuario para el agendamiento del servicio o tecnología de salud, al siguiente día hábil posterior a la comunicación recibida por parte de la ERP, con el fin de dar las indicaciones de lugar, fecha y hora de programación, así como toda la información pertinente para que el usuario pueda acceder al servicio de salud o a la provisión de tecnologías en salud con el PSS o PTS asignado.*
5. *En caso tal de que el PSS o PTS autorizado no pueda realizar la prestación o provisión del servicio o tecnología en los tiempos descritos en el artículo 11 de la presente resolución, corresponderá a la ERP realizar las respectivas gestiones para reasignar el PSS o PTS correspondiente, gestión que deberá ser efectiva en los tiempos previstos para la respuesta a la autorización establecidos en esta resolución.*

Parágrafo 1. *En cualquiera de los casos, la ERP será la garante de la prestación oportuna del servicio electivo, prioritario o no.*

Parágrafo 2. *Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información clínica adicional para la autorización, la ERP se comunicará con el PSS solicitante de la autorización para este fin, sin que se excedan los tiempos establecidos dentro del presente artículo para informar la respuesta de la solicitud al usuario.*

Parágrafo 3. *En caso de que el usuario no esté de acuerdo con el PSS o PTS asignado, en ejercicio de su derecho a la libre elección, podrá solicitar el cambio de PSS o PTS dentro de las opciones disponibles en la red de la ERP continuando con el proceso establecido en los numerales 3 y 4.*

Parágrafo 4. *Si transcurridos los términos establecidos en los numerales 1 al 3, según aplique, el usuario no ha recibido información sobre la respuesta de la solicitud de autorización, podrá acudir a un PSS o PTS de la red que cuente con el servicio o tecnología requerido. La ERP no podrá glosar o devolver la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.*

Artículo 10. Vigencia de las autorizaciones. *En concordancia con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.7.4. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, se deberán aplicar los siguientes tiempos de vigencia:*

1. **Tiempos de vigencia de la autorización para servicios y tecnologías posteriores a la atención de urgencia:** *Para la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud que se requieran posterior a la atención de la urgencia, se tendrá una vigencia de veinticuatro (24) horas desde la respuesta positiva a la solicitud de la autorización o el vencimiento del término para la respuesta por parte de la ERP, tiempo en el cual el PSS deberá garantizar las atenciones pertinentes. En caso de que el PSS no ejecute la atención en este tiempo, podrá solicitar una prórroga por un tiempo equivalente.*
2. **Tiempos de vigencia de la autorización para servicios y tecnologías electivos:** *Para la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud electivos, el tiempo de la vigencia de la autorización será mínimo de noventa (90) días calendario y máximo de ciento ochenta (180) días calendario. Independiente de los tiempos de vigencia de la autorización, la ERP debe considerar las siguientes precisiones:
 - a. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con condiciones crónicas se expedirá por una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el profesional en medicina o especialista tratante disponga que éste no se requiere. No obstante, la*

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

dosisificación y el seguimiento de la terapia con oxígeno deberá ajustarse de acuerdo con el estado de salud del paciente y la respuesta a la terapia.

- b. En los casos que se autoricen servicios o tecnologías que requieran su prestación o provisión en un periodo de tiempo inferior a la vigencia mínima de la autorización, la ERP deberá realizar seguimiento de la atención, con el fin de identificar la necesidad de ajuste en la prescripción inicial, aun cuando la autorización siga vigente.*
- c. En el caso de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud para los eventos, condición o condiciones en salud, con atención integral sin mediación de la autorización, se aplicarán los tiempos mencionados en los literales a y b en relación con la entrega de tecnologías y el ajuste en la dosificación de oxígeno, sin que ello implique en ningún caso la generación o exigencia de autorización.*

Artículo 11. Atenciones sin autorización. En los casos que no aplique autorización de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2.5.3.4.7.3 y 2.5.3.4.7.4. del Decreto 780 de 2016 sustituidos por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, o cuando se haya pactado la prestación o provisión de servicios y tecnologías sin necesidad de autorización en los acuerdos de voluntades, se deberán contemplar entre las partes, como mínimo, los siguientes mecanismos administrativos que permitan el seguimiento del usuario, la gestión integral del riesgo en salud y la planeación en el uso de los recursos por parte de la ERP a cargo:

- 1. Informe de la atención en salud de presunción o confirmación de la condición de salud, haciendo uso de las fichas de notificación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA, cuando aplique, la cual deberá enviarse por parte del PSS o PTS a la ERP, de manera inmediata.*
- 2. Comunicación inmediata por parte del PSS o el PTS a la ERP del ingreso de un caso presuntivo o confirmado de un evento o condición en salud que no corresponda a uno de interés en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA.*
- 3. Direccionamiento de la ERP al o a los PSS o PTS involucrados en la atención integral de la condición de salud de la persona.*
- 4. Guía de práctica clínica, protocolo de atención o ruta integral de atención en salud que aplica y seguimiento de su adherencia.*
- 5. Seguimiento periódico y resultado del mismo, incluyendo los ajustes pertinentes que se deriven de las desviaciones en la ejecución de los acuerdos de voluntades que se presenten frente a lo previsto en la nota técnica proyectada al momento de suscribirlo.*
- 6. Reportes de información de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y la posibilidad de acceso a los datos de manera preliminar, siempre que conste la periodicidad definida para ello entre las partes en el acuerdo de voluntades y la estructura y los campos de datos no se modifiquen respecto a la norma.*

La ERP será responsable de garantizar la comunicación con el usuario, que permita el seguimiento por parte de este de su proceso de atención, incluyendo la información relacionada con el PTS, PSS o la red a cargo de los servicios y tecnologías en salud, así como los tiempos definidos en el parágrafo del artículo 9 y el artículo 11 de la presente resolución.

Artículo 12. Tiempos para la prestación o provisión del servicio o tecnología de salud: Sin importar que en el acuerdo de voluntades se haya pactado o no la necesidad de autorización previa, los tiempos para la prestación de servicios o provisión de tecnologías de salud serán los siguientes:

- 1. Servicios y tecnologías posteriores a la atención de urgencia: Si se requieren servicios o tecnologías posteriores a la atención de urgencias, dentro del mismo proceso de atención que*

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

originó la consulta inicial por parte del usuario, estos se deberán prestar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la solicitud del servicio o tecnología por parte del profesional tratante/respuesta de la autorización del servicio si la atención se hace en la misma institución o a la recepción del usuario en el marco de un proceso de referencia.

1. *Electivos prioritarios: Máximo cinco (5) días calendario después de la solicitud del servicio o tecnología por parte del profesional tratante.*
2. *Electivos no prioritarios: Los tiempos de prestación o suministro no podrán exceder en términos de oportunidad lo definido por la normativa vigente o los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de atenciones ambulatorias relacionadas con control de eventos o condiciones en salud se realizará de acuerdo con los tiempos que defina el profesional o equipo tratante, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:*
 - a) *La entrega de medicamentos, dispositivos médicos e insumos a las personas con condiciones crónicas y de alto costo deberá realizarse de manera continua, completa y oportuna. Para aquellas personas que tengan un adecuado control de su condición de base, se deberá realizar la entrega de las tecnologías en salud prescritas que cobije no menos de 90 días.*
 - b) *En el caso de dispositivos médicos e insumos que sean para un uso limitado en el tiempo, y sea posible su reúso, el usuario deberá realizar su devolución de acuerdo con el proceso informado por su ERP, el PSS o PTS que haya hecho la entrega.*

Parágrafo: *En el caso que, para la prestación de un servicio o tecnología de salud, se haya definido la autorización, o en la prestación de servicios sin acuerdo de voluntades, la solicitud y respuesta deberá tramitarse de forma previa a la prestación o provisión de servicios de salud y tecnologías en salud, haciendo uso del Anexo técnico 1 de la presente resolución.*

Artículo 13. Referencia y contrarreferencia: *De acuerdo con lo establecido en los artículos 2.5.3.1.4, 2.5.3.2.16, 2.5.3.4.7.3 y 2.5.3.4.7.5 del Decreto 780 de 2016, los dos últimos sustituidos por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, los PSS, tanto para la referencia como para la contra referencia, utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico 1, que hace parte integral de la presente resolución. Los medios tecnológicos para la transferencia de información entre las partes corresponderán a lo establecido en el artículo 19 que hace parte de la presente resolución.*

Para el proceso de referencia y contrarreferencia se seguirán los siguientes pasos:

1. *El PSS remitente enviará la solicitud de referencia haciendo uso de los campos de datos definidos en el anexo técnico 1, con copia de la epicrisis, resumen de atención u hoja de atención de urgencias a la ERP.*
2. *Una vez recibida la solicitud, la ERP deberá gestionar dentro de su red lo correspondiente para garantizar la atención requerida por la persona, para lo cual deberá responder en un término máximo de cuatro (4) horas a la solicitud realizada por el PSS remitente.*
3. *La ERP enviará la respuesta de autorización al PSS receptor con copia al PSS solicitante, y deberá informar al usuario o a su contacto de emergencia, por los canales definidos en los artículos 19 y 20 de la presente resolución.*
4. *En caso que no se obtenga respuesta de la ERP en el tiempo definido, el PSS remitente deberá enviar la solicitud haciendo uso de los campos de datos definidos en el anexo técnico 1 y copia de la epicrisis, resumen de atención u hoja de atención de urgencias al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE del respectivo ente territorial, para que este asigne el PSS receptor, preferiblemente dentro de la red de la ERP sin que esto afecte la oportunidad en la prestación de los*

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

servicios de acuerdo a la condición de salud del usuario, informando a la ERP, PSS remitente y PSS receptor.

5. *Una vez autorizada la referencia, la ERP deberá garantizar el traslado del usuario al PSS receptor, con la oportunidad requerida para continuar su proceso de atención.*
6. *El PSS receptor no podrá negarse a recibir al paciente remitido una vez haya aceptado su remisión y deberá continuar el manejo requerido por el usuario.*
7. *Cuando el PSS receptor considere que el usuario puede continuar su manejo en el PSS remitente o en otro PSS con servicios de menor complejidad, deberá diligenciar los campos de datos del anexo técnico 1 de la presente resolución que corresponden a la contrarreferencia de pacientes, y adjuntar copia de la epicrisis, resumen de atención u hoja de atención de urgencias.*
8. *En los casos que, en el marco de un proceso de referencia, el PSS receptor esté ubicado en un municipio diferente al municipio de residencia del usuario, la ERP deberá disponer de mecanismos de auditoría que permitan identificar la necesidad de iniciar un proceso de contrarreferencia al PSS que realizó la remisión inicial o un PSS en el municipio de residencia del usuario que pueda dar continuidad al manejo clínico instaurado.*

Lo anterior, sin perjuicio de que el PSS remitente garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado. Por su parte, la ERP deberá reconocer y pagar el valor de los servicios prestados por el PSS remitente, mientras se asume el manejo por parte del PSS receptor.

Parágrafo 1. *Si el motivo de la referencia corresponde a una situación que pone en riesgo la vida del usuario o incrementa el riesgo para la pérdida anatómica o funcional de un miembro u órgano del usuario o la aparición de secuelas, el PSS remitente deberá informar al CRUE, para que este defina el traslado del usuario al PSS que cuente con los servicios necesarios con el fin de continuar la atención al usuario e informar a la ERP a través de los campos de datos definidos en el Anexo técnico 1. El PSS receptor indicado por el CRUE no podrá negarse a recibir al usuario en estos casos.*

Parágrafo 2. *En los casos en los que el CRUE sea el que determine el PSS receptor, la ERP deberá reconocer y pagar del valor de la atención al PSS receptor en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y, en el caso de no existir este, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá glosar la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.*

Parágrafo 3. *En caso de que el PSS receptor se niegue a recibir al paciente, la ERP pondrá en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud el hecho para que se adelante el proceso sancionatorio, de conformidad con la normatividad vigente.*

Artículo 14. Deber de información al usuario. *En atención a lo dispuesto por el artículo 2.5.3.4.7.1. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, las ERP deben publicar la información de la red de PSS y PTS para el usuario de acuerdo con el anexo técnico 2, que hace parte integral de la presente resolución y deberá cumplir con las siguientes características:*

- a) *Información desagregada por departamento, municipio o distrito, y en caso de brindar acceso a la información a través de dispositivos electrónicos, deberá incluir la georreferenciación del lugar de atención.*
- b) *Adaptabilidad con enfoque diferencial en la consulta para personas con discapacidad, teniendo énfasis en las limitaciones de comunicación.*
- c) *Adaptabilidad de acuerdo con la organización sociocultural y étnica*
- d) *Disponibilidad y el fácil acceso a la información.*

La información relativa al anexo técnico 2, deberá ser dispuesta por la ERP al usuario, en los términos establecidos en los artículos 19 y 20 de la presente resolución.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

Artículo 15. Soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías de salud. Los únicos soportes de cobro de que trata el artículo 2.5.3.4.4.1 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022 o la norma que lo modifique, adicione, sustituya o derogue, son los definidos en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

Las ERP no podrán impedir la radicación de soportes, el incumplimiento a esta obligación en caso de que genere dilaciones en la radicación de los soportes de la factura o termine en su devolución por la no presentación de soportes adicionales, dará lugar al reconocimiento económico y a las acciones de inspección, vigilancia y control, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 2.5.3.4.5.6, 2.5.3.4.5.8 numerales 1 y 2, y 2.5.3.4.8.4 del Decreto 780 de 2016 sustituidos por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022 o la norma que los modifique, adicione, sustituya o derogue.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud- RIPS y los demás soportes deberán ser radicados por los PSS y los PTS ante las ERP dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la expedición de la Factura Electrónica de Venta con validación previa de la DIAN. Una vez recibidos los soportes, la ERP generará un número consecutivo de radicación por el conjunto de soportes que acompañan cada factura, momento a partir del cual se considera radicada. Este procedimiento debe realizarse de conformidad a lo establecido en el artículo 19 de la presente resolución y haciendo uso de los canales transaccionales definidos en el artículo 20.

A partir de la radicación de la Factura Electrónica de Venta- FEV y sus soportes, las ERP deben dar cumplimiento a los términos definidos en los artículos 57 de la Ley 1438 de 2011 y 2.5.3.4.4.5. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.

Parágrafo 1. En caso de que el PSS o PTS no entregue los soportes en el término antes establecido, la entidad responsable de pago aplicará la causa de devolución correspondiente y el PSS o PTS expedirá la nota crédito al 100% de la factura de venta.

Parágrafo 2. Los PSS o PTS y las ERP podrán pactar en sus acuerdos de voluntades el envío de menos soportes de los que trata el Anexo Técnico 3 de la presente resolución, excepto el RIPS el cual es de carácter obligatorio.

Artículo 16. Envío y recepción de los soportes de la factura electrónica de venta en salud - FEV: Los soportes de la factura de venta en salud deben ser enviados de forma digital o electrónica a través de los medios tecnológicos pactados y los canales transaccionales existentes, de conformidad con los artículos 19 y 20 de acuerdo a lo definido en el Anexo Técnico 4 de la presente Resolución.

De conformidad con el artículo 19 de la presente resolución, en los acuerdos de voluntades debe quedar determinado de manera explícita, las soluciones tecnológicas para la transferencia de los soportes digitales o electrónicos, el cual deberá estar disponible de forma permanente e ininterrumpida, sin periodos ni ventanas para la radicación. De igual forma, se deberá identificar el plan de contingencia, como mecanismo excepcional, temporal y específicamente a utilizarse para situaciones en las cuales no sea posible radicar los soportes por el medio tecnológico pactado.

Parágrafo. Cuando se utilice el plan de contingencia y los soportes digitales o electrónicos se radiquen por medios alternativos establecidos por las partes, no será necesario radicarlos posteriormente en el medio inicialmente dispuesto y corresponderá a la ERP incluirlos en el medio tecnológico pactado.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

Artículo 17. Manual único de devoluciones, glosas y respuestas. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.4.6. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, las definiciones, lineamientos, denominación, codificación y procedimiento a seguir para formular, comunicar y dar respuesta a las devoluciones y glosas, deberán realizarse conforme al Anexo Técnico No. 5 denominado *Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas*, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatoria adopción en los acuerdos de voluntades sujetos a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como aquellos en los que se haya pactado su aplicación.

Aun cuando exista acuerdo entre las partes, no se podrán crear o eliminar causas de glosas o devoluciones ni modificarse lo allí dispuesto, toda vez que las mismas solo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las causas de devoluciones o glosas que sean incorporadas como reglas de validación del RIPS por parte de este Ministerio e incluidas en los mecanismos tecnológicos para este fin, no podrán seguir siendo utilizadas dentro del proceso de auditoría de cuentas médicas.

Artículo 18. Trámite de devoluciones. El trámite de devoluciones corresponde a la revisión de una factura de venta por parte de la ERP para la identificación de la procedencia del cobro, que la afecta en forma total. Este trámite deberá surtirse una vez la FEV se encuentre radicada, entendiéndose así que la factura de venta fue enviada a la ERP acompañada del RIPS y demás soportes establecidos en el artículo 14 de la presente resolución, según correspondan.

El proceso de devoluciones deberá atender los siguientes términos:

1. *A partir de la radicación, la ERP contará con un máximo de tres (3) días hábiles para formular y comunicar a los PSS o PTS la devolución de la FEV, con base en la codificación del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas definido en el Anexo Técnico No. 5 de la presente resolución. Una vez vencido dicho término, no será posible aplicar devoluciones a la factura de venta. De no efectuarse devoluciones en el mencionado término por parte de la ERP, esta procederá con el trámite de glosas.*
2. *Únicamente para las devoluciones del código específico DE16 del Anexo 5 de la presente resolución, que sean injustificadas, el PSS o PTS podrá dar respuesta a las devoluciones formuladas por la ERP, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de las mismas. Una vez vencido dicho término no será posible dar respuesta a las devoluciones recibidas, entendiéndose así que el PSS o PTS está de acuerdo con el motivo de devolución, debiendo realizar la respectiva nota crédito. Para las demás causas de devolución, no habrá lugar a réplica por parte del PSS o PTS.*
3. *Las devoluciones justificadas y definitivas, deberán proceder conforme a lo dispuesto por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN. La ERP una vez transcurridos los tres (3) días hábiles de respuesta descritos en el numeral 2 del presente artículo para las causas del código específico DE16, o transcurrido el término descrito en el numeral 1 para las demás causas de devolución, deberá generar ante la DIAN el respectivo evento de reclamo de la FEV conforme con la reglamentación vigente e informar inmediatamente al PSS o al PTS mediante los medios de transferencia de información dispuestos en el artículo 19 de la presente resolución.*

Ante las devoluciones injustificadas, el trámite de la factura continuará su curso, procediendo a la formulación de glosas si las hubiera. El tiempo que haya tomado el trámite de las devoluciones, incluido en los numerales 1 y 2, será descontado del término de veinte (20) días hábiles para la formulación de glosas por parte de la ERP, establecido en el inciso primero del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Así mismo, se aplicará el reconocimiento económico que

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

haya sido establecido en el acuerdo de voluntades, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2016.

Si transcurridos veintidós (22) días hábiles después de expedida la factura, esta no ha sido radicada con sus soportes, no podrá seguir su trámite y será aplicada la causa DE5601 del Anexo 5 de la presente resolución de manera automática, sin lugar a réplica.

Artículo 19. Medios de transferencia de información. Las ERP, los PSS o PTS deberán contar con soluciones tecnológicas que garanticen la seguridad de la información y la protección de datos personales de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, para el envío y recepción de la información que hace parte de la relación contractual dispuesta en la presente resolución, las cuales deberán especificarse en el acuerdo de voluntades, según lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.8.3. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.

Las partes deberán contar con procesos automatizados y en línea, que contengan la trazabilidad cronológica de la transferencia de información y el acuse de recibo de la información enviada, para cada una de las transacciones que se realicen, de conformidad con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.

Parágrafo. Como plan de contingencia para la facturación, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, se podrá hacer uso de correo certificado físico o electrónico, siempre que la información de los soportes de cobro esté contenida o guardada en un dispositivo de almacenamiento de datos digitales de conformidad con la política de cero papel.

Artículo 20. Publicación de canales transaccionales. Las ERP, los PSS y los PTS deberán disponer canales transaccionales virtuales, telefónicos o presenciales, que garanticen la comunicación entre las partes respecto a los trámites relacionados con la implementación de las disposiciones de la presente resolución, para lo cual deberán cumplir las siguientes consideraciones:

- a) Disponer de canales de atención las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, todos los días del año, para la transferencia de información relacionada con los procedimientos de actualización de datos, informe de atención de urgencias, solicitud y respuesta de autorizaciones, referencia y contrarreferencia y procesos de facturación, los cuales deberán operar diferencialmente para cada proceso.
- b) Contar con información actualizada en su sitio web, plataformas y aplicaciones oficiales de todos los canales transaccionales dispuestos entre las partes, sin importar que exista o no un acuerdo de voluntades escrito.
- c) La información debe ser de fácil acceso y los canales definidos deben contar con capacidad suficiente para recibir la información requerida en los diferentes procedimientos.

Parágrafo. En caso tal, que el canal de atención principal falle, se debe coordinar entre las partes un canal alternativo para la transferencia de información de los trámites relacionados con la implementación de las disposiciones de la presente resolución, el cual deberá operar diferencialmente por cada proceso.

Artículo 21. Canales de comunicación con el usuario: Las ERP deberán disponer de canales de comunicación gratuitos, eficientes, intuitivos y ágiles para que los usuarios consulten la información relacionada, de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución. Para ello, como mínimo deberá garantizar en sus diferentes canales de atención, lo siguiente:

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

1. *Canales virtuales:*

- 1.1 *Visualización de manera interactiva de la información, la cual no podrá disponerse mediante documentos o archivos adjuntos cuando se trate de datos relacionados con el artículo 14.*
- 1.2 *Los lugares de atención deben estar georreferenciados y enlazados a una aplicación de mapas virtuales que permita al usuario obtener instrucciones sobre su llegada a los mismos y con acceso a sus sitios web o páginas oficiales para información de contacto e información adicional*
- 1.3 *Disposición de medios de lectura en línea para personas con discapacidad visual.*

2. *Canales de atención telefónica:*

- 2.1 *Independientemente si la consulta se realiza a través de audio o por mensajería instantánea atendida por asesores virtuales o chatbots, se deberá incluir en el menú principal la opción de consulta de la información por cada disposición.*

3. *Canales de atención presencial:*

- 3.1 *En las sedes de atención administrativas y asistenciales se deberá disponer la información correspondiente en las carteleras de las salas de espera, para la red de atención del municipio y departamento donde dicha sede se encuentra ubicada, para lo referente al artículo 13.*
- 3.2 *Se podrá disponer de manera adicional, de pantallas interactivas, asistidas y no asistidas para la consulta de la información.*
- 3.3 *Se deberá informar sobre la posibilidad de consultar esta información en las pantallas de información y carteleras en las salas de espera.*

Artículo 22. Indicadores para el seguimiento de los acuerdos de voluntades. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, los acuerdos de voluntades deben incluir indicadores que permitan realizar el seguimiento de los mismos. Para ello, según los indicadores que hagan parte del seguimiento del acuerdo, las partes deben definir al momento de suscribirlo, las metas, umbrales o rangos para su cumplimiento. Estas definiciones, deben tomar en consideración los siguientes puntos:

1. *La caracterización de la población o el análisis de situación en salud, según aplique, la línea de base de los indicadores pactados y los avances en la gestión durante el término ejecutado, en caso de prórrogas.*
2. *Tener como base la normativa y los lineamientos técnicos que este Ministerio haya establecido, cuando los servicios y tecnologías de salud correspondan al cumplimiento de objetivos del país, acuerdos multinacionales, políticas públicas, tratados internacionales o similares, o en su defecto, lo pactado, deberá fundamentarse en la mejor evidencia científica, técnica y administrativa disponible.*
3. *Podrá definirse progresividad en su cumplimiento teniendo en cuenta la línea de base, el tiempo definido para el logro final de los mismos y los avances realizados en los indicadores en caso de prórrogas. La evaluación de la progresividad deberá realizarse con la periodicidad de seguimiento que se haya definido en el acuerdo de voluntades.*
4. *Los indicadores pactados deberán tener como unidad de observación al usuario y no la frecuencia en la prestación de servicios y tecnologías de salud.*
5. *De ser necesario, bajo el mismo acuerdo de voluntades, los indicadores podrán contar con metas, umbrales o rangos diferenciales, considerando la viabilidad operativa y financiera del acuerdo y de conformidad con la adaptabilidad en la prestación de servicios o provisión de tecnologías de salud.*

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

De acuerdo a lo dispuesto en artículo 2.5.3.4.3.1. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, en caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y el cumplimiento de los indicadores pactados, estos deberán ser ajustados de manera inmediata por las partes, de acuerdo con las nuevas condiciones.

Artículo 23. Auditoría de cuentas médicas. De conformidad con el artículo 2.5.3.4.3.3 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, la auditoría de cuentas médicas debe realizarse con base en los soportes del anexo técnico 3, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas del anexo técnico 5 de la presente resolución, así como lo pertinente frente a la modalidad de pago, el objeto contractual, las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS cuando aplique, las Guías de Práctica Clínica y Protocolos y otros insumos técnicos pactados

La responsabilidad de llevar a cabo la auditoría de las cuentas médicas es de las ERP, en caso que se contrate dicho proceso con un tercero éste deberá atender en su integridad lo establecido en el presente acto administrativo y lo dispuesto en el acuerdo de voluntades suscrito por las partes, sin que haya lugar a exigir condiciones o requisitos adicionales a los pactados contractualmente o a los definidos en esta Resolución.

Artículo 24. Nota técnica y mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones. En el marco de lo establecido en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, en los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, suscritos entre ERP y PSS o PTS, deben incluir la nota técnica.

Adicionalmente, los acuerdos de voluntades deberán especificar los mecanismos de ajuste de riesgos frente a las desviaciones encontradas durante el seguimiento a la nota técnica. Sin perjuicio de los adicionales que se pacten entre las partes, siempre se deberán contemplar estos mecanismos en los siguientes casos:

- a. *Cuando por asignaciones la población de la ERP aumente o disminuya, en cumplimiento de los artículos del Libro 2 de la Parte 1 del Título 11 del Decreto 780 de 2016 o de la norma que lo adicione, sustituye o modifique.*
- b. *En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud.*
- c. *En el momento que se realicen ajustes en la red de prestación de servicios y provisión de tecnologías en salud por parte de la ERP.*
- d. *Al existir cambios en la cobertura de los servicios y tecnologías de salud pactadas.*
- e. *Si durante la ejecución del acuerdo de voluntades se evidencia un perfil de morbilidad diferente al conocido al momento de suscribir el acuerdo y elaborar la nota técnica, atribuible a la deficiencia en la información de la caracterización poblacional.*
- f. *Si durante la ejecución del acuerdo de voluntades se evidencia un empeoramiento del perfil de morbilidad de la población sujeto, secundario a un evento imprevisible de afectación masiva fuera del alcance de la gestión del PSS o PTS.*
- g. *Cuando exista un incremento en la incidencia de condiciones crónicas o de alto costo, y la detección, diagnóstico y tratamiento de las mismas se hayan incluido bajo el mismo acuerdo de voluntades, la misma modalidad de pago y se haya pactado un solo valor de reconocimiento para todas las fases de atención.*

Cuando en el marco de la ejecución del acuerdo de voluntades se realice actualización de la nota técnica, además de los elementos descritos en el artículo 2.5.3.4.2.4. del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, se debe considerar el nivel de avance en los indicadores pactados en el acuerdo de voluntades, de conformidad con el artículo 2.5.3.4.3.1. del mismo Decreto, que permita generar un reconocimiento al desempeño sobresaliente de PSS y PTS. El mecanismo debe incluir uno o varios ponderadores que

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

afecten de forma global o parcial el resultado de la nota técnica, sin perjuicio de los incentivos que se pacten, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.2.5 ibidem.

Artículo 25. Cotización de servicios o tecnologías de salud. Excepcionalmente puede requerirse una cotización a precios de mercado de un servicio o tecnología de salud no contratado con la red de PSS o PTS de la ERP, la cual deberá ser realizada directamente entre la ERP y el PSS o PTS, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la presente resolución. En ningún caso la ERP podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de cotizaciones o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de la misma.

Artículo 26. Tiempos frente a situaciones imprevisibles. En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, así como los procedimientos y tiempos definidos en la presente Resolución, las partes deberán realizar los ajustes pertinentes en sus acuerdos de voluntades, conforme a los lineamientos y normativa expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social tratándose de un suceso del orden nacional o la Entidad Territorial donde el evento se presente si es de carácter local.

Artículo 27. Obligatoriedad del reporte de información. Las ERP, PSS y PTS deberán reportar la información que el Ministerio de Salud y Protección Social defina en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA respecto a la relación contractual, facturación, giros y demás aspectos que surjan del relacionamiento entre las partes. Así como lo que el Ministerio determine respecto a la Red Integral de Atención en Salud -RIPSS a la que pertenecen los PSS y la interacción y articulación de los PTS en estas.

Cuando se suscriba un acuerdo de voluntades, la EPS deberá reportar en el módulo de REPS lo pertinente, así como las novedades de que trata el artículo 13 de la Resolución 1441 de 2016 o la que la modifique, adicione o derogue que se presenten con respecto al mismo.

Artículo 28: Comunicación a los usuarios de la información sobre atenciones en salud recibidas: En consonancia con el artículo 2.5.2.3.4.10. del Decreto 780 de 2016 y las disposiciones de la SNS respecto a la rendición de cuentas, de manera complementaria las EPS deberán disponer anualmente a los usuarios la información del monto total de recursos destinados a la atención en salud de la vigencia anterior, que contenga como mínimo lo siguiente:

1. Monto total destinado a atención de urgencias relacionado con el número de personas atendidas.
2. Monto total destinado a internación relacionado con el número de personas atendidas.
3. Monto total destinado a acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud relacionado con el número de personas atendidas.

Esta información deberá ser reportada en el primer trimestre de cada anualidad, por parte de las EPS y dispuesta a los usuarios de conformidad con los canales de atención definidos en el artículo 20 de la presente resolución.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de Mi Seguridad Social, dispondrá la siguiente información a los usuarios, acorde a lo reportado por las EPS en el Sistema Integral de Información Financiero y Asistencial – SIIFA:

1. En usuarios con condiciones crónicas y de alto costo, se dispondrá el valor per Cápita de atención para estas, agrupadas de acuerdo con el anexo 2 de la presente resolución.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

2. Para los usuarios atendidos en urgencias se dispondrá la información de prestaciones y costos totales en la anualidad anterior.

Artículo 29. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control de acuerdo con sus competencias, respecto al cumplimiento de lo establecido en la presente resolución, y en caso de incumplimiento o de generarse barreras administrativas de cualquier tipo que afecten la radicación, el reconocimiento y pago de facturas de servicios de salud, por desconocimiento de lo dispuesto en el presente acto administrativo, adelantará las acciones e impondrá las sanciones a que haya lugar.

Artículo 30. Transitoriedad. Las ERP, los PSS y los PTS deberán implementar las disposiciones de la presente Resolución a partir del 1 de julio de 2022.

Los contratos que se encuentren en curso continuarán sujetos a las condiciones establecidas en estos y tendrán hasta la fecha indicada para ajustarse a lo dispuesto en la presente resolución. El incumplimiento de esta obligación será objeto de sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 31. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 3047 de 2008 y sus modificaciones, la Resolución 3253 de 2009 y el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000, así como todas las disposiciones que le sean contrarias.

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 establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

ANEXO TECNICO No. 1

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

Objetivo

Definir los campos de datos estandarizados de los siguientes trámites entre la Entidad Responsable de Pago – ERP, con los Prestadores de Servicios de Salud – PSS y los Proveedores de Tecnologías de Salud – PTS:

1. Informe de actualización de datos del usuario
2. Informe de atención de urgencias
3. Solicitud de autorización
4. Respuesta de autorización
5. Referencia
6. Contra referencia

De acuerdo con los mecanismos de trasferencia de información definidos entre las partes, de conformidad a lo establecido en el artículo 19 de la presente resolución, el uso de las variables del Anexo Técnico 1 corresponderán solamente a las marcadas con “X” en la columna del trámite respectivo.

A continuación, se relacionan las variables a diligenciar, con la descripción y longitud correspondiente:

Número	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de la atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías de salud	Autorización de servicios y tecnologías de salud	Referencia	Contra Referencia	Longitud	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
1	Procedimiento objeto de la información	x	x	x	x	x	x	1	N	1. Actualización de datos de contacto 2. Informe de atención de urgencias 3. Solicitud de autorización de servicios y tecnologías de salud 4. Autorización de	Describe a qué trámite(s) corresponden los campos de datos enviados: Actualización de datos de contacto, Informe de atención de urgencias, Solicitud de autorización de servicios y tecnologías de salud, Respuesta a la autorización de servicios y tecnologías de salud, Referencia o Contrarreferencia.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

											servicios y tecnologías en salud 5. Referencia 6. Contrarreferencia	
2	Consecutivo del procedimiento objeto de la información	x	x	x	x	x	x	20	A	Desde 1	Corresponde al número consecutivo asignado por el PSS, PTS o ERP para el trámite correspondiente. El número deberá tener una longitud entre 10 a 20 dígitos, que inicie por la fecha en formato AAAAMMDD y el consecutivo numérico asignado por cada PSS, PTS o ERP.	
3	Fecha y hora	x	x	x	x	x	x	16	F	AAAA-MM-DD-HH:MM	Fecha y hora en la que se realiza el trámite correspondiente.	
4	Número de solicitud de la autorización o referencia				x		x	20	A	Desde 1	Número consecutivo de la solicitud de la autorización o de referencia que asignó el PSS.	
5	Fecha y hora de la solicitud de autorización				x			16	F	AAAA-MM-DD-HH:MM	Corresponde a la fecha de la solicitud de autorización enviada por el PSS o PTS y a la cual está respondiendo la ERP respectiva. Debe ser una fecha anterior a la fecha de respuesta de la autorización.	
6	Tipo de identificación del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	2	A	NIT = Número de Identificación Tributaria	Número asignado por la Dirección Impuestos y Aduanas Nacionales.	
7	Número de identificación del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	20	A	Número del NIT del obligado a reportar	Tablas de referencia OTIC para PTS	
8	Código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	12	N	Tabla de referencia prestadores de servicios de salud.	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que estén en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de PTS.	
9	Código Entidad Responsable de Pago	x	x	x	x	x	x	6	A	Tabla de referencia entidades responsables de pago.	Código asignado a la entidad responsable de pago.	
10	Primer apellido del usuario	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Primer apellido del usuario	
11	Segundo apellido del usuario	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Segundo apellido del usuario	
12	Primer nombre del usuario	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Primer nombre del usuario	
13	Segundo nombre del usuario	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Segundo nombre del usuario	
14	Tipo de documento de identificación del usuario	x	x	x	x	x	x	2	A	CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de	Ver tabla de referencia: TipoldPISIS, en web.sispro.gov.co donde se encuentran los valores permitidos. Tipo de documento de identificación del usuario	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

										permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CN: Certificado de nacido vivo AS: Adulto sin identificar MS: Menor sin identificar DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal SI: Sin identificación	
15	Número de documento de identificación del usuario	x	x	x	x	x	x	20	A	Corresponde al número del documento de identificación del usuario	Corresponde al número del documento de identificación del usuario.
16	Fecha y hora de nacimiento del usuario	x	x	x	x	x	x	16	F	AAAA-MM-DD-HH:MM	Fecha y hora de nacimiento. Si no se conoce la hora de nacimiento registrar 00:00
17	Dirección del usuario	x	x	x	x	x	x	80	A	Dirección de residencia habitual del paciente	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
18	Teléfono del usuario	x	x	x	x	x	x	10	N	Corresponde al número telefónico del usuario	Corresponde al número telefónico de contacto habitual con el usuario, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos
19	Municipio de residencia habitual del usuario	x	x	x	x	x	x	5	N	Tabla de municipios del DANE	Según la clasificación sociopolítica del DANE.
20	Correo electrónico del usuario	x		x	x	x	x	50	A	Corresponde al correo electrónico del contacto habitual con el usuario.	Corresponde al correo electrónico del contacto habitual con el usuario, el cual debe tener en el formato el nombre de usuario, seguido por el símbolo de arroba (@) y luego el dominio de la web donde está anidado.
21	Dirección alternativa para la atención	x	x	x	x	x	x	80	A	Dirección opcional que indique el usuario, deberá incluir el municipio de ubicación.	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como aquella alternativa a la de residencia para ser usada como referencia en la atención, puede corresponder a la dirección laboral, escolar u otra, que esa preferida por el usuario a la de residencia. En caso de que el usuario prefiera la dirección de residencia como la referencia para su atención, no es necesario informar este campo.
22	Nombre del contacto de emergencia	x						120	A	Letras	Corresponde a nombres y apellidos del contacto de emergencia del usuario.
23	Teléfono de contacto de emergencia	x				x	x	10	N	Corresponde al número telefónico del contacto de emergencia del usuario	Corresponde al número telefónico de contacto de emergencia del usuario, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

24	Causa que motiva la atención		x	x	x	2	A	21: Accidente de trabajo 22: Accidente en el hogar 23: Accidente de tránsito de origen común 24: Accidente de tránsito de origen laboral 25: Accidente en el entorno educativo 26: Otro tipo de accidente 27: Evento catastrófico de origen natural 28: Lesión por agresión 29: Lesión auto infligida 30: Sospecha de violencia física 31: Sospecha de violencia psicológica 32: Sospecha de violencia sexual 33: Sospecha de negligencia y abandono 34: IVE relacionado con peligro a la Salud o vida de la mujer 35: IVE por malformación congénita incompatible con la vida 36: IVE por violencia sexual, incesto o por inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida 37: Evento adverso en salud 38: Enfermedad general 39: Enfermedad laboral 41: Intervención colectiva 42: Atención de población materno perinatal 44: Otros eventos Catastróficos 45: Accidente de mina antipersonal – MAP	Indique la descripción que corresponda al motivo principal que llevó a la demanda de la atención del usuario. Ver tabla de referencia: RIPSCausaExternaVersion2, en web.sispro.gov.co donde se encuentran los valores permitidos.
----	------------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

										46: Accidente de Artefacto Explosivo Improvisado – AEI 47: Accidente de Munición Sin Explotar- MUSE 48: Otra víctima de conflicto armado colombiano 49: Riesgo ambiental	
25	Clasificación triage		x					1	N	1. Triage I 2. Triage II 3. Triage III 4. Triage IV 5. Triage V	Indique la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la Resolución 5596 del 2015 o la que la modifique, adicione o sustituya.
26	Fecha y hora de ingreso del usuario		x					16	F	AAAA-MM-DD hh:mm	Fecha y hora del usuario a la urgencia con observación. AAAA-MM-DD hh:mm
27	Vía de ingreso del usuario al servicio de salud		x					1	N	01: Demanda espontánea 02: Derivado de consulta externa 08: Recién nacido en otra institución 09: Derivado o referido de hospitalización domiciliaria 10. Derivado de atención domiciliaria 11. Derivado de telemedicina 12. Derivado de jornada de salud 13. Referido de otra institución	Indique la forma en la que el usuario demandó el servicio de urgencia. Los valores reportados se deben encontrar en la tabla de referencia: VialIngresoUsuario
28	Código del prestador que remite		x			x	x	12	A	Tabla de referencia prestadores de servicios de salud.	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que estén en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de PTS.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

29	Diagnóstico principal código		x	x		x	x	6	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
30	Diagnóstico relacionado 1 código		x	x		x	x	6	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
31	Diagnóstico relacionado 2 código		x	x		x	x	6	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
32	Diagnóstico relacionado 3 código		x	x		x	x	6	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
33	Condición y destino del usuario		x			x	x	2	N	01: Paciente con destino a su domicilio 02: Paciente muerto 03: Paciente derivado a otro servicio 04: Referido a otra institución 05: Contra referido a otra institución 06: Derivado o referido a hospitalización domiciliaria 07: Derivado a servicio social	Identificador para determinar la condición y el destino del paciente al egreso de la atención de urgencias con observación, según aplique.
34	Prioridad de la atención			x		x	x	1	N	01: Prioritaria 02: No prioritaria	Corresponde a la prioridad de atención del usuario de acuerdo con el artículo 8 de esta Resolución.
35	Tipo de atención solicitada			x		x	x	1	N	01: Posterior a la atención de urgencias 02: Servicios electivos	Corresponde al momento en el que se requiere la atención solicitada, bien sea una vez finalizada la atención de urgencias o en el marco de un proceso de atención programable.
36	Grupo de servicios			x	x	x	x	1	N	01: Consulta externa 02: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 03: Internación	Identificador para determinar la ubicación funcional donde se realiza el servicio en relación con la modalidad de realización.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

										04: Quirúrgico 05: Atención inmediata	
37	Modalidad de realización de la tecnología de salud			x	x	x	x	1	N	1: Intramural 2: Extramural unidad móvil 3: Extramural domiciliaria 4: Extramural jornada de salud 6: Telemedicina interactiva 7: Telemedicina no interactiva 8: Telemedicina telexperticia 9: Telemedicina telemontitoreo	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios.
38	Código del servicio REPS para el cual se solicita la referencia					x	x	4	N	Tabla de referencia de los servicios del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.	Código REPS correspondiente al servicio para el cual se está solicitando referencia.
39	Código CUPS de la tecnología requerida			x	x			6	A	Código CUPS de acuerdo a la normativa vigente	Se deberá registrar el o los códigos del CUPS asociado a la atención, que se requieran. En caso de remisión, se deben diligenciar los campos de datos que corresponden a los trámites de referencia y autorización.
40	Cantidad requerida de la tecnología			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de procedimientos que requiere el usuario de acuerdo con los CUPS descritos en la variable 38. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada procedimiento.
41	Finalidad de la tecnología de salud			x	x			2	N	12: Detección temprana de enfermedad general 13: Detección temprana de enfermedad laboral 15: Diagnóstico 16: Tratamiento 17: Rehabilitación 18: Palivación 44: Otra	Uso clínico de la tecnología en salud solicitada. No aplica para los servicios y tecnologías de salud que se encuentran en el artículo 2.5.3.4.3. del Decreto 780 de 2016.
42	Código del Identificador Único de Medicamento – IUM o el Código Único de Medicamento – CUM.			x	x			20	A	Código IUM o CUM	Se deberá registrar el o los códigos del IUM o CUM asociado a la atención, que se requieran.
43	Cantidad requerida de la tecnología			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de medicamentos que requiere el usuario de acuerdo con los CUM o IUM

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

											descritos en la variable 41. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada medicamento.
44	Finalidad de la tecnología de salud			x	x			2	N	12: Detección temprana de enfermedad general 13: Detección temprana de enfermedad laboral 15: Diagnóstico 16: Tratamiento 17: Rehabilitación 18: Paliación 44: Otra	Uso clínico de la tecnología en salud solicitada. No aplica para los servicios y tecnologías de salud que se encuentran en el artículo 2.5.3.4.3.3. del Decreto 780 de 2016.
45	Código de otros servicios			x	x			20	A	Código del dispositivo médico e insumo de la entidad obligada a reportar mientras el Ministerio de Salud y Protección Social expide el Catálogo de Dispositivos Médicos y el de insumos. Código de traslado, transporte y estancia de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) Códigos de la Tabla de referencia MiPRES para servicios complementarios.	Se deberá registrar el o los códigos asociado a la atención, que se requieran. En caso de remisión, se deben diligenciar los campos de datos que corresponden a los trámites de referencia y autorización.
46	Cantidad requerida de la tecnología			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de otros servicios que requiere el usuario de acuerdo con los CUPS, MiPRES o códigos propios definidos descritos en la variable 44. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada servicio.
47	Finalidad de otros servicios			x	x			2	N	12: Detección temprana de enfermedad general 13: Detección temprana de enfermedad laboral 15: Diagnóstico 16: Tratamiento 17: Rehabilitación 18: Paliación 44: Otra	Uso clínico de la tecnología en salud solicitada. No aplica para los servicios y tecnologías que se encuentran en el artículo 2.5.3.4.3.3. del Decreto 780 de 2016.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

48	Tipo de pago compartido				x			2	N	01: Copago 02: Cuota Moderadora 03: Cuota de Recuperación	Tipo de pago compartido que corresponda de conformidad con el Acuerdo 260 de 2004 o el acto administrativo que lo modifique, adicione o sustituya.
49	Nivel del Usuario				x			1	A	01. Contributivo con IBC menor a 2 SMLMV 02. Contributivo con IBC entre 2 y 5 SMLMV 03. Contributivo con IBC mayor a 5 SMLMV 04. Nivel 1 SISBÉN homologado con Res. XXX 05. Nivel 2 SISBÉN homologado con Res. XXX 06. Usuario con contribución solidaria	Se refiere al nivel que le corresponde al afiliado definido en el Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS o el acto administrativo que lo modifique, sustituya o adicione
50	Valor pesos pago compartido				x			7	N	Entre 0 y 9999999	Para el caso de los COPAGOS, debe corresponder al valor máximo facturado por el prestador de servicios de salud al usuario, en caso de que aplique.
51	Tope máximo copagos				x			7	N	Entre 0 y 9999999	

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO No. 2

DISPOSICIÓN DE LA INFORMACIÓN AL USUARIO

Lineamientos para la agrupación por tipo de atención:

La información que se dispone para el usuario deberá garantizar la consulta de los PSS o PTS encargados de la prestación de los servicios y la provisión de las tecnologías en salud de las siguientes atenciones, las cuales deberán ser actualizadas a medida que el Ministerio de Salud y Protección Social adopte nuevas disposiciones sobre la materia:

1. Promoción y mantenimiento de la salud
2. Materno perinatal
3. Virus de Inmunodeficiencia Humana
4. Enfermedad Renal Crónica
5. Artritis Reumatoide
6. Cáncer de adultos
7. Cáncer infantil
8. Hemofilia
9. Condiciones cardiovasculares y metabólicas
10. Salud mental y consumo de SPA
11. Enfermedades respiratorias crónicas
12. COVID-19

Para cada agrupador se debe disponer de manera clara y visible un descriptor que facilite la búsqueda del usuario y que dé cuenta de las atenciones que se encuentran contenidas en cada uno de ellos.

Adicionalmente, en los casos de otras atenciones contratadas con PSS y PTS, deberán ser agrupados de la siguiente manera:

- 1) Consulta externa
- 2) Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- 3) Internación
- 4) Quirúrgicos
- 5) Atención inmediata
- 6) Entrega o suministro de medicamentos, dispositivos médicos o insumos

Disposición de variables:

La información de las variables se dispondrá en el siguiente orden:

Variable	Descripción
1. Identificación del PSS o PTS contratado por la ERP	NIT y razón social del PSS o PTS.
2. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.	Incluir sedes de atención, con dirección y canales de atención para cada una de ellas.
3. Servicios que se prestan o tecnologías que se proveen en el marco del acuerdo de voluntades.	Identificación de los servicios y tecnologías en las siguientes categorías: - Servicios clasificados de acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

Variable	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologías enlistadas de acuerdo a la CUPS y al CUM o IUM - Dispositivos médicos e insumos <p>Se deberán especificar las modalidades de prestación disponibles.</p> <p>Esta información se deberá disponer por cada sede de atención contratada.</p>
4. Indicadores de oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud y su nivel de cumplimiento.	Para cada agrupador deberá disponerse el indicador de oportunidad trazador que se describe para cada uno en el presente anexo.
5. Indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de los usuarios y su nivel de cumplimiento.	P.3.14 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS Reporte del prestador al MSPS (Res. 256/2016 o la que la modifique, adicione o sustituya)
6. Indicadores de resultados en salud, cuando apliquen, y su nivel de cumplimiento.	Para cada agrupador deberá disponerse el indicador de resultado trazador que se describe para cada uno en el presente anexo.
7. Plazos fijados para prestar el servicio o proveer la tecnología de salud.	Específicos de acuerdo a lo definido por las partes para los grupos de servicios y tecnologías contratados.

La disposición de la información deberá permitir que el usuario pueda realizar la búsqueda de los datos por agrupador, PSS o PTS o servicio y tecnología requerido.

Indicadores de oportunidad

A continuación, se relaciona para cada uno de los agrupadores el indicador trazador que medirá la oportunidad para el objeto de esta resolución:

1. Promoción y mantenimiento de la salud:
 - a. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de medicina general
 - b. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de enfermería
2. Materno perinatal:
 - a. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de medicina general
 - b. Tiempo promedio de espera para para la asignación de citas de enfermería
3. Virus de Inmunodeficiencia Humana:
 - a. Oportunidad para la asignación de citas de infectología.
4. Enfermedad Renal Crónica:
 - a. Oportunidad para la asignación de citas de nefrología.
5. Artritis Reumatoide:
 - a. Oportunidad para la asignación de citas de reumatología.
6. Cáncer de adultos:
 - a. Oportunidad para la asignación de citas de oncología.
7. Cáncer infantil:
 - a. Oportunidad para la asignación de citas de oncología pediátrica

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

8. *Hemofilia:*
 - a. *Oportunidad para la asignación de citas de hematología*
9. *Condiciones cardiovasculares y metabólicas:*
 - a. *Oportunidad para la asignación de citas de medicina interna.*
10. *Salud mental y consumo de Sustancias Psicoactivas:*
 - a. *Oportunidad para la asignación de citas de psiquiatría.*
11. *Enfermedades respiratorias crónicas:*
 - a. *Oportunidad para la asignación de citas de neumología.*
12. *COVID-19:*
 - a. *Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general*

En el caso de los indicadores trazadores aquí dispuestos y que hagan parte de la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique, adicione o sustituya, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en la citada resolución. Para los demás indicadores trazadores, el cálculo se realizará conforme al artículo 3, numeral 4 de la Resolución 1552 de 2013, o la que la modifique, adicione o sustituya.

Indicador de Satisfacción

El indicador corresponderá a la satisfacción global de usuarios de IPS, reportado por el prestador acorde a la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique, adicione o sustituya.

- a) *Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS*

Indicadores de Resultados

A continuación, se relaciona para cada uno de los agrupadores el indicador trazador que medirá el resultado de la gestión en salud para el objeto de esta resolución:

1. *Promoción y mantenimiento de la salud:*
 - *Proporción de personas con valoración integral*
 - *Proporción de personas con educación en salud*
2. *Materno perinatal:*
 - a. *Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal*
3. *Virus de Inmunodeficiencia Humana:*
 - a. *Proporción de Personas que viven con VIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de TAR*
4. *Enfermedad Renal Crónica:*
 - a. *Pérdida de función renal: Pacientes sin disminución de la TFG de 5 ml/min/1.73m² en 1 año*
5. *Artritis Reumatoide:*
 - a. *Proporción de los pacientes en tratamiento para artritis que lograron remisión de la enfermedad.*

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

6. Cáncer de adultos
 - a. Oportunidad para el tratamiento desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento.
7. Cáncer infantil
 - a. Oportunidad para el tratamiento desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento.
8. Hemofilia
 - a. Tasa de sangrado general en los pacientes en profilaxis
 - b. Tasa de sangrado articular
9. Condiciones cardiovasculares y metabólicas
 - a. Control de la HbA1c
 - b. Control de tensión arterial
10. Salud mental y consumo de SPA
 - a. Tasa de hospitalización
11. Enfermedades respiratorias crónicas
 - a. Tasa de hospitalización
12. COVID-19
 - a. Tasa de hospitalización

Para los indicadores trazadores aquí dispuestos y que hagan parte de la Resolución 3280 de 2018, o la que la modifique, adicione o sustituya, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en las fichas técnicas establecidas para los mismos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para los indicadores que hagan parte de los consensos basados en la evidencia para evaluar los resultados clínicos y la gestión del riesgo de las condiciones de alto costo, estos deberán calcularse de acuerdo con lo establecido en dicho informe.

Indicadores en los casos de atenciones agrupadas por grupos de servicios y en el caso de entrega o suministro de medicamentos, dispositivos médicos o insumos

Los indicadores en las demás agrupaciones deberán disponerse como se indica a continuación.

Indicadores de oportunidad

Cuando se trate de consulta externa, se dispondrán los indicadores de oportunidad del servicio habilitado. En el caso de los indicadores que hagan parte de la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique, adicione o sustituya, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en la citada resolución. Para los demás casos, el cálculo se realizará conforme al artículo 3, numeral 4 de la Resolución 1552 de 2013, o la que la modifique, adicione o sustituya.

Para las demás agrupaciones no será necesario la disposición de información de indicadores de oportunidad.

Indicador de Satisfacción

El indicador corresponderá a la satisfacción global de usuarios de IPS, reportado por el prestador acorde a la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique, adicione o sustituya.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

- *Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS*

Indicadores de Resultados

No aplicará la disposición de estos indicadores.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

ANEXO TÉCNICO No. 3 SOPORTES DE COBRO

A. OBJETIVO

Definir la denominación y lineamientos de los soportes que acompañan a las facturas de venta que deben ser radicados a las entidades responsables de pago - ERP según la modalidad de pago para unificar la presentación de cuentas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales para el proceso de auditoría y pago.

B. DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y LINEAMIENTOS

Se tendrán como definiciones normativas las incluidas en la Resolución 3100 de 2019 y las relacionadas con los servicios y tecnologías de salud, a las que hace referencia el artículo 8 de la Resolución 2292 de 2021 o la que la modifique, adicione o sustituya.

A continuación, se lista la denominación, definición y lineamientos de los soportes que acompañan las facturas de venta que se presentan por los prestadores de servicios de salud - PSS y proveedores de tecnologías en salud, cuando los radiquen en su completitud a la entidad responsable de pago - ERP de acuerdo a lo establecido en los literales B, C o D.

- 1. Factura electrónica de venta en el sector salud:** Es el documento que soporta las transacciones de venta de servicios y tecnologías de salud de un PSS o proveedor de tecnologías de salud 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 la Resolución 510 del 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

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

En todo caso, para las atenciones en salud que correspondan a menores de edad con cáncer, deberán ser facturadas de forma independiente a otras patologías, con el fin de priorizar su pago en virtud del artículo 2 de la Ley 2026 de 2020.

En el caso de factura de venta con servicios o tecnologías de salud financiados con presupuesto máximo, el valor unitario será el correspondiente al valor convenido por las partes en los acuerdos de voluntades.

- 2. Registro de la atención de salud:** incluye el Resumen de atención y la Epicrisis.

- 2.1. Resumen de atención:** registro específico de la atención ambulatoria o la hoja de evolución de la historia clínica. El resumen de atención debe incluir como mínimo:

Contenido del Registro de atención:

- Nombres y apellidos de la persona
- Tipo y número de documento de identificación de la persona
- Edad y sexo biológico de la persona
- Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
- Hora y fecha de ingreso
- Servicio de egreso de acuerdo con REPS

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

- g. Anamnesis que incluya enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes.
- h. Examen físico
- i. Interpretación de apoyos diagnósticos si aplica
- j. Análisis
- k. Diagnóstico
- l. Plan de cuidado que incluye la solicitud del apoyo diagnóstico y terapéutico cuando se requiera, la información en salud, pautas sobre el autocuidado, signos de alarma y demás actividades relacionadas.
- m. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional en medicina u odontología que diligencie el documento.

2.2. **Epicrisis:** resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, internación o procedimientos quirúrgicos, cuyo contenido se especifica a continuación.

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

Contenido de la epicrisis:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona
- d. Servicio de ingreso de acuerdo con REPS
- e. Hora y fecha de ingreso
- f. Servicio de egreso de acuerdo con REPS
- g. Hora y fecha de egreso
- h. Motivo de consulta (Referido por la persona)
- i. Enfermedad actual (respuesta mínima a las siguientes preguntas ¿Cuándo? ¿Cómo? Evolución, estado actual y tratamiento) Descripción de las condiciones que llevaron a la atención: Tiempo de evolución, desencadenantes, mitigadores, estado actual y tratamientos realizados (médicos o no médicos)
- j. Antecedentes médicos, quirúrgicos, tóxicos alérgicos y los demás pertinentes de acuerdo a la atención recibida.
- k. Revisión por sistemas relacionada con la enfermedad actual
- l. Hallazgos del examen físico, incluye signos vitales (Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno)
- m. Diagnóstico de ingreso (presuntivos, confirmados y relacionados según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Listado de Enfermedades Huérfanas vigentes).
- n. Conducta, incluye la solicitud de apoyo diagnóstico (CUPS vigente) y el plan de manejo terapéutico (CUM y IUM vigente)
- o. Cambios en el estado de salud del paciente que conlleven a modificar la conducta, el manejo o justifiquen la estancia, incluye complicaciones o eventos adversos durante la estancia o procedimiento quirúrgico.
- p. Interpretación de los resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico y de todo aquello que justifique cambios o continuidad en el manejo o del diagnóstico
- q. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten
- 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 médica 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, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional en medicina u odontología que diligencie el documento.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

- 3. Resultados de los procedimientos de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de los procedimientos de apoyo diagnóstico. Tanto el resultado como la interpretación de cada uno de los apoyos diagnósticos solicitadas deberá estar consignado en la historia clínica y conservados como anexo.

Para los casos excepcionales en los cuales se deben presentar soportes relacionados con el resultado o la interpretación de apoyos diagnósticos cuya obtención supere el término de los veintidós (22) días hábiles de que trata el artículo 14 de la presente Resolución, las partes en el acuerdo de voluntades deberán determinar dentro de los mecanismos previstos en la normativa vigente para la facturación electrónica, aquellos que permitan agilizar el reconocimiento y pago de la prestación de estos servicios de salud.

- 4. Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un procedimiento 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.

Si dentro de la práctica actual de los PSS, 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 de documento de identificación de la persona
- c. Número de documento de identificación de la persona
- d. Fecha de nacimiento
- e. Hora de nacimiento (cuando el paciente sea un neonato)
- f. Sexo biológico de la persona
- g. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos quirúrgicos realizados (CUPS vigente)
- h. Dispositivos médicos e insumos empleados, incluye material de osteosíntesis.
- i. Código y descripción de medicamentos relacionados con el procedimiento quirúrgico, no anestésicos (CUM o IUM vigente)
- j. Fecha y hora de inicio
- k. Fecha y hora de terminación
- l. Complicaciones y su manejo
- m. Hallazgos quirúrgicos
- n. Registro de muestras para patología: incluir la cantidad de especímenes para estudio
- o. Diagnóstico prequirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- p. Diagnóstico post quirúrgico según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente
- q. Nota aclaratoria del cirujano
- r. Estado a la salida (vivo / muerto)
- s. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del cirujano (a) principal y ayudantes quirúrgicos, profesional en instrumentación quirúrgica y demás profesionales de la salud participantes.

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 h y copia de ésta debe ser enviada.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

- 5. 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 PSS, 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 de documento de identificación de la persona
- c. Número de documento de identificación de la persona
- d. Edad de la persona
- e. Sexo biológico de la persona
- f. Código(s) y descripción(es) de los procedimientos realizados (CUPS vigente)
- g. Tipo de anestesia (local, regional o general)
- h. Fecha y hora de inicio
- i. Fecha y hora de terminación
- j. Complicaciones y su manejo
- k. Registro de medicamentos con sus especificaciones (CUMS o IUMS vigente), incluye la aplicación de medicina transfusional (CUPS vigente)
- l. Estado a la salida (vivo / muerto)
- m. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del especialista en anestesiología y otros profesionales participantes.

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

- a. Para la prestación o el suministro de terapias, medicamentos, dispositivos médicos o insumos fuera de un servicio de internación o de atención inmediata, el PSS o PTS deberá demostrar la prestación o suministro de los mismos al paciente, su representante o cuidador, a través de medios tecnológicos que permitan la identificación de la persona, o cuando no sea posible, en los otros instrumentos diseñados para tal efecto, que incluyan la firma y datos de identificación.
- b. En el caso de la atención de urgencias sin observación, la evidencia será la hoja de atención de urgencias y en la atención de urgencias con observación, la epicrisis.
- c. En servicios de internación, la epicrisis.
- d. En los procedimientos quirúrgicos, la descripción quirúrgica o la epicrisis cuando esta incluya la descripción quirúrgica.
- e. En la atención ambulatoria será el registro específico de dicha atención, independiente de la modalidad de prestación de servicios de salud.
- f. Para las interconsultas, la hoja de evolución de la historia clínica, en los formatos de registro específico correspondientes que tenga determinado el PSS.

- 7. Traslado o transporte:**

- 7.1. Traslado asistencial de pacientes:** En el servicio de transporte asistencial de pacientes se efectúa el traslado acuático, aéreo y terrestre, en ambulancia básica o medicalizada, que debe estar soportado con la hoja de traslado, la cual contiene el

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado 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 asistencial de pacientes:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona
- d. Grupo de servicio al cual es trasladado el usuario (Resolución 3100 de 2019)
- e. Procedimientos realizados durante el traslado en CUPS vigente
- f. Medicamentos en CUMS o IUMS vigente, insumos y dispositivos médicos utilizados durante el traslado
- g. Código de traslado según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente.
- h. Fecha y hora de inicio del recorrido
- i. Lugar de origen (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- j. Fecha y hora de finalización del recorrido
- k. Lugar de destino (Código REPS o departamento, municipio, localidad, barrio o dirección)
- l. Estado al finalizar el traslado (vivo / muerto)
- m. Si el traslado es redondo, especificar las horas de espera
- n. Distancia del recorrido según corresponda:
 - i. Kilómetros o millas iniciales
 - ii. Kilómetros o millas finales
- o. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del acompañante y relación con el paciente, cuando aplique
- p. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación de la tripulación correspondiente, de acuerdo con lo definido en la Resolución 3100 de 2019 o la que la adicione, modifique o sustituya.
- q. Nombres, apellidos, tipo y número del documento de identificación del profesional, tecnólogo o técnico de salud que recibe al paciente en el caso que sea un PSS.

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 atención del paciente.

7.2. Transporte no asistencial del paciente ambulatorio: El servicio de transporte en un medio diferente a ambulancias previa autorización de la ERP, en los términos de la normativa vigente, estará soportado por el tiquete de transporte de pasajeros, reglamentado por la DIAN, o los instrumentos definidos para tal fin de la empresa que presta el servicio.

8. Factura de venta por el cobro a la aseguradora SOAT, ADRES o la entidad que haga sus veces: Para el cobro de la prestación de los servicios de salud y el transporte al centro asistencial de las víctimas de accidentes de tránsito, una vez agotada la cobertura de 800 SMDLV, los prestadores de servicios de salud deben presentar la copia de la factura de venta de los servicios y tecnologías de salud que fueron facturados a la aseguradora del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o la entidad que haga sus veces, siguiendo el orden cronológico de la atención prestada, ante la EPS, entidad

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

adaptada o ARL y éstas últimas no podrán objetar ninguno de los valores facturados al primer pagador.

En todo caso, es responsabilidad del PSS cerciorarse que lo facturado y pagado por la aseguradora SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, agote la cobertura de la que ésta es responsable antes de facturarle a la EPS, entidad adaptada o ARL, o si ya facturó, dar alcance con notas débito o crédito según corresponda.

9. Orden o prescripción facultativa: Documento en el que el profesional de la salud tratante ordena o prescribe los servicios o las tecnologías de salud a un paciente. Para la prescripción de medicamentos, debe cumplirse 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. Si en los acuerdos de voluntades se indica que no se requiere autorización de los servicios o tecnologías de salud, el soporte de la factura de venta es la copia de la orden o prescripción facultativa.

En el marco de los acuerdos de voluntades se podrá pactar la no presentación de orden o prescripción facultativa.

Para los servicios y tecnologías de intervenciones que hacen parte de las RIAS y cuyo ordenamiento depende únicamente de variables demográficas tales como sexo y edad, no será necesaria la orden o prescripción facultativa.

10. Lista de precios: Documento que relaciona el precio al cual el PSS o PTS factura las tecnologías de salud a la ERP. 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.

11. Hoja de atención de urgencia. Es el registro de la atención de urgencia. Aplica como soporte de la factura de venta para aquellos casos de atención de urgencia en los cuales el paciente no requirió observación, ni internación. Incluye la interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente y cuando se hayan realizado procedimientos no quirúrgicos, los dispositivos médicos e insumos utilizados, según aplique.

12. Hoja de atención odontológica: Es la hoja en donde se registran los datos de la valoración en salud bucal, incluyendo los datos clínicos relacionados, la condición inicial de la cavidad bucal y sus estructuras relacionadas, el odontograma y periodontograma, cuando aplique, y la evolución del tratamiento odontológico realizado. Aplica en la valoración de la salud bucal inicial y en la final, cuando se hubieran indicado procedimientos terapéuticos.

13. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado de la administración de medicamentos realizada directamente por el profesional correspondiente.

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

Contenido de la hoja de administración de medicamentos:

- a. Nombres y apellidos de la persona
- b. Tipo y número de documento de identificación de la persona
- c. Edad y sexo biológico de la persona

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

- d. Presentación en términos de: principio activo, concentración y forma farmacéutica
- e. Posología, incluye dosis e intervalos de tiempo de su administración
- f. Vía de administración
- g. Fecha y hora de administración
- h. Nombres, apellidos, tipo y número de documento de identificación del profesional que lo administró

14. 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 3374 de 2000 o la que la modifique, adicione o sustituya. La información contenida en RIPS contiene el detalle de cargos de la factura electrónica de venta.

El artículo 2.5.3.4.4.1 del Decreto 780 de 2016 Único reglamentario del sector salud, sustituido en el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, el RIPS es soporte obligatorio para la radicación y pago de la factura de venta junto 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.

Los documentos de respuesta de autorizaciones y de los pagos compartidos no serán enviados a la ERP como soporte, porque dicha el número generado para estos trámites está contenido en el RIPS.

Según lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, para la modalidad de pago por capitación, debe realizarse el pago mes anticipado de un 100%, conforme a lo cual no será obligatoria la entrega del RIPS como soporte de la factura de venta del primer mes de ejecución del contrato. La factura de venta de los siguientes meses se soporta con los RIPS del mes inmediatamente anterior.

C. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE COBRO PARA TODAS LAS MODALIDADES DE PAGO PROSPECTIVAS

1. Factura de venta
2. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación, si aplica
3. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
4. Interpretación de los apoyos diagnósticos en la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación, si aplica
5. Copia del resumen de atención o epicrisis, si aplica
6. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
7. Copia del registro de anestesia, si aplica
8. Informe de seguimiento al acuerdo de voluntades según lo establecido en la Sección 4. del Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.
9. Reportes normativos relacionados con las intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal y con condiciones crónicas y de alto costo
10. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

D. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE COBRO SEGÚN TIPO DE PRESTACIONES PARA LA MODALIDAD DE PAGO POR EVENTO

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

1. Consultas en la atención ambulatoria, excepto odontología:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
- d. RIPS

2. Consultas y procedimientos odontológicos en la atención ambulatoria:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia de la hoja de atención odontológica
- d. Copia del registro específico de la atención ambulatoria
- e. RIPS

3. Procedimientos de apoyo diagnóstico en la atención ambulatoria:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia de los resultados o interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico
- d. RIPS

4. Procedimientos de complementación terapéutica en la atención ambulatoria:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia del registro específico de atención ambulatoria
- d. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- e. RIPS

5. Medicamentos (incluye equipo de oxígeno) y APME de uso ambulatorio:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia del comprobante de recibido del usuario
- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- e. RIPS

6. Dispositivos médicos (incluye equipo) de uso ambulatorio:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- c. Copia de la planilla de recibido firmada o medio tecnológico de recibido
- d. RIPS

7. Atención de urgencias:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia de la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación
- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la hoja de atención de urgencia o epicrisis en caso de haber estado en observación

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

- 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 o detalle de cargos por el cobro al SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, en caso de accidente de tránsito
- h. RIPS

8. Servicios de internación o procedimientos quirúrgicos:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia del resumen de atención o epicrisis, cuando aplique
- d. Copia de la hoja de administración de medicamentos
- e. Interpretación de los procedimientos de apoyo diagnóstico en la epicrisis
- f. Copia de la descripción quirúrgica, si aplica
- g. Copia del registro de anestesia, si aplica
- h. 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
- i. Copia de la factura o detalle de cargos por el cobro al SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, en caso de accidente de tránsito
- j. RIPS

9. Transporte asistencial o no asistencial de pacientes:

- a. Factura de venta
- b. Copia de la orden o prescripción facultativa. Aplica cuando no se requiere la autorización según lo establecido en el acuerdo de voluntades
- c. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica
- d. 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
- e. RIPS

E. INTERVENCIONES INDIVIDUALES PARA LA PROMOCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN DE POBLACIÓN MATERNO PERINATAL Y CON CONDICIONES CRÓNICAS Y DE ALTO COSTO

Independientemente de la modalidad de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de cobro incluirá la entrega de los reportes normativos a partir de los cuales se genera información relacionada con las poblaciones mencionadas:

- 1. Factura de venta
- 2. Reporte establecido en la Resolución 247 de 2014 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, si aplica
- 3. Reporte establecido en la Resolución 2463 de 2014 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, si aplica
- 4. Reporte establecido en la Resolución 123 de 2015 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, si aplica
- 5. Reporte establecido en la Resolución 1393 de 2015 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, si aplica
- 6. Reporte establecido en la Resolución 273 de 2019 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, si aplica
- 7. Reporte establecido en la Resolución 946 de 2019 o la que la modifique, adiciones, sustituya o derogue, si aplica
- 8. Reporte establecido en la Resolución 202 de 2021 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.
- 9. RIPS
- 10. Los demás reportes que sean establecidos normativamente desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

11. Demás soportes del presente Anexo Técnico que las partes pacten en el acuerdo de voluntades, que sean propios de las intervenciones en mención.

F. INTERVENCIONES COLECTIVAS

Independientemente de la modalidad de pago pactada, cuando se contemple la ejecución de dichas acciones, el soporte de cobro deberá comprender:

1. Factura de venta
2. Copia de la hoja de administración de medicamentos, si aplica.
3. Informe de seguimiento al acuerdo de voluntades según lo establecido en la Sección 4. del Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.
4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS en su archivo AP para las intervenciones colectivas que estén incluidas en el anexo técnico 5 de la Resolución 2077 de 2021 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, teniendo en cuenta la trazabilidad de la codificación cuando existan cambios en la misma.
5. Soporte de ejecución de otras actividades que no estén incluidas en el listado de códigos CUPS mencionado en anterior numeral, teniendo como marco lo definido en el Lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones, procedimientos y actividades según las Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud que se hayan impartido por este Ministerio en el marco de la Resolución 518 de 2015 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO No. 4
ENVIO Y RECEPCION DE LOS SOPORTES DE COBRO

Objetivo

Garantizar la adecuada presentación de los soportes de cobro de los servicios y tecnologías de salud enviados por los PSS, PTS y recibidos por las ERP, 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.

Normas generales del envío y recepción

Para el envío y la recepción de la factura de venta del sector salud, 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 y la Resolución 510 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.

Para el envío y la recepción de los soportes de cobro de las prestaciones de servicios y provisión de tecnologías de salud, de los que trata el Anexo Técnico No. 3 de la presente Resolución, las partes deben garantizar:

- .1. 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, derecho fundamental a la intimidad y al Habeas Data.
- .2. Se debe enviar a sitios seguros, con capacidad suficiente para el envío de soportes de gran tamaño, garantizando la seguridad, autenticidad y protección, empleando contraseñas con un grado de complejidad alto.
- .3. Los medios tecnológicos pactados, deberá garantizar que se genere el acuse de recibido automático, para tener la evidencia de la fecha y hora de recibida la información, de conformidad con el artículo 19 de la presente Resolución. De todas formas, para la generación automática del acuse de recibido, no podrán establecerse validaciones previas que impidan la generación del mismo.

Normas generales de los archivos:

- .1. Los soportes de cobro de prestación de servicios y tecnologías de salud son los establecidos en el Anexo Técnico No. 3 de la presente Resolución.
- .2. El soporte de cobro número 1 del Anexo Técnico No. 3 es la factura de venta en cumplimiento de lo normado por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social.
- .3. El soporte de cobro número 14 del Anexo Técnico No. 3 es el RIPS, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000 o la que la modifique, adicione sustituya o derogue.
- .4. Cada uno de los archivos de los soportes de cobro, a excepción de la factura de venta, se deben digitalizar o generar el archivo desde el software de manera independiente, en archivo con formato PDF, y el RIPS que deben ser enviados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.
- .5. Las características técnicas de los soportes de cobro cuando son documentos en archivos PDF, deben ser nombrados con la siguiente estructura:

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

No.	NOMBRE DEL SOPORTE	ABREVIATURA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	NÚMERO FACTURA (incluye Prefijo)	NOMBRE DEL ARCHIVO
1	Epicrisis	EPI_	Numérico	Alfanumérico	EPI_9999999999_A999999999.pdf
2	Hoja de evolución	HEV_	Numérico	Alfanumérico	HEV_9999999999_A999999999.pdf
3	Registro de atención ambulatoria	RAA_	Numérico	Alfanumérico	RAA_9999999999_A999999999.pdf
4	Resultado de los procedimientos de apoyo diagnóstico	PDX_	Numérico	Alfa numérico	PDX_9999999999_A999999999.pdf
5	Descripción quirúrgica	DQX_	Numérico	Alfanumérico	DQX_9999999999_A999999999.pdf
6	Registro de anestesia	RAN_	Numérico	Alfanumérico	RAN_9999999999_A999999999.pdf
7	Comprobante de recibido del usuario	CRC_	Numérico	Alfanumérico	CRC_9999999999_A999999999.pdf
8	Hoja de traslado	HTL_	Numérico	Alfanumérico	HTL_9999999999_A999999999.pdf
9	Tiquete de transporte de pasajeros	TPP_	Numérico	Alfanumérico	TPP_9999999999_A999999999.pdf
10	Factura por el cobro a la aseguradora SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces	FAT_	Numérico	Alfanumérico	FAT_9999999999_A999999999.pdf
11	Orden o prescripción facultativa	OPF_	Numérico	Alfanumérico	OPF_9999999999_A999999999.pdf
12	Lista de precios	LDP_	Numérico	Alfanumérico	LDP_9999999999_A999999999.pdf
13	Hoja de atención de urgencia	HAU_	Numérico	Alfanumérico	HAU_9999999999_A999999999.pdf
14	Hoja de atención odontológica	HAO_	Numérico	Alfanumérico	HAO_9999999999_A999999999.pdf
15	Hoja de administración de medicamentos	HAM_	Numérico	Alfanumérico	HAM_9999999999_A999999999.pdf
16	Factura de venta del material de osteosíntesis expedida por el proveedor	FMO_	Numérico	Alfanumérico	FMO_9999999999_A999999999.pdf

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

Nota: *El numeral 16 solo aplica en caso de accidentes de tránsito financiados por las aseguradoras SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces.*

- .6. *Características de la digitalización o de la exportación de archivos a medios digitales, cuando aplique:*
 - a. *Escala: los documentos deben estar digitalizados en la escala en color o escala de grises para texto.*
 - b. *Resolución de la imagen: digitalización con una resolución de 300 dpi en escala básica de blanco y negro.*
 - c. *Tipo Archivo: el formato del archivo para digitalización debe ser PDF, según aplique.*
- .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.*
- .8. *Peso máximo es de 1GB.*
- .9. *En el caso de facturas de venta multiusuarios se enviará cada soporte adicionando al mismo: guion bajo seguido del tipo y número del documento de identificación del usuario. Ejemplo: EPI_999999999_A999999999_Tipo de documento y Número de documento de identificación del usuario.pdf*

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

ANEXO TÉCNICO No. 5
MANUAL ÚNICO DE DEVOLUCIONES, GLOSAS Y RESPUESTAS

1. OBJETIVO

El Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas tiene por objetivo establecer la codificación, denominación y aplicación de cada una de las posibles causas de devoluciones y glosas formuladas por las entidades responsables de pago - ERP, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud - PSS y proveedores de tecnologías en salud - PTS den a las mismas, de manera que se estandarice y agilice el proceso de auditoría de cuentas médicas definida en el artículo 2.5.3.4.3.3 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022.

2. ALCANCE

La adopción e implementación de este Manual para el proceso de auditoría de cuentas médicas es obligatorio por parte de las ERP, PSS y PTS, que según el artículo 2.5.3.4.4.6 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022, en sus acuerdos de voluntades estén sujetos a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como aquellos en los que se haya pactado la aplicación del mencionado artículo.

El manual está dirigido especialmente al personal de la ERP, PSS y PTS encargado de la formulación de las devoluciones, glosas y respuestas a las mismas.

En ningún caso se podrán adicionar, modificar o sustituir los códigos y descripción de las causas o contenido del mismo.

Mediante el seguimiento de los códigos de devoluciones, glosas y respuestas emitidos y recibidos, las entidades podrán evaluar sus procesos de facturación y auditoría de cuentas médicas con el fin de hacer los ajustes y fortalecimientos necesarios en dichos procesos para generar un flujo más eficiente de los recursos.

3. DEFINICIONES

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

- 3.1 Registro de envío de devoluciones, glosas y respuestas:** Legalización de la formulación de las causas de devoluciones, glosas y respuestas, emitido por la ERP, PSS o PTS, según aplique, el cual permite identificar la trazabilidad del estado de trámite de la factura de venta correspondiente. Dicho proceso debe estar automatizado y en línea.
- 3.2 Devolución:** Identificación de la falta de competencia para el pago por la ERP durante la revisión de la factura de venta, que la afecta en forma total.
- 3.3 Glosa:** No conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura de venta, identificada por la ERP durante la auditoría de cuentas médicas, definida en el artículo 2.5.3.4.3.3 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022 y que requiere respuesta por parte del PSS o PTS.
 - a. Glosa total:** Se denomina glosa total cuando la ERP no puede continuar la auditoría de cuentas médicas hasta que el evento que motiva la glosa sea subsanado completamente por el PSS o el PTS.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

b. Glosa parcial: Se denomina glosa parcial cuando la ERP puede continuar la auditoría de cuentas médicas mientras el evento que motiva la glosa es subsanado por el PSS o el PTS, dentro de los términos de tiempo establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

3.4. Respuestas a devoluciones o glosas: Pronunciamiento que el PSS o PTS da a la devolución o glosa generada por la ERP comunicando su aceptación total, parcial o no aceptación, conforme con los soportes o evidencia aportada.

4. LINEAMIENTOS

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

4.1. Registro de radicación: generado de forma automática y en línea a través del medio tecnológico acordado entre las partes. Deberá contener:

- Fecha y hora de registro
- Número de la factura de venta afectada
- Número de soportes enviados

4.2. Registro de envío de devoluciones, glosas o respuestas: Tendrá la siguiente estructura:

- Fecha y hora de registro
- Número de la factura de venta afectada
- Tipo de trámite: 1. Devolución, 2. Glosa o 3. Respuesta
- Código de la causa o respuesta
- Complemento que permita al PSS o PTS no tener duda sobre lo que se debe aclarar
- Valor del trámite (devolución, glosa o respuesta)

El envío del registro debe estar en cumplimiento con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

4.3. Devolución: El proceso para el trámite de las devoluciones comienza con la radicación de la factura de venta con sus soportes y una vez culminado éste se dará inicio al trámite de glosas

La ERP deberá realizar las validaciones administrativas que permitan identificar la competencia o falta de esta para el pago y en caso tal, hacer la devolución de dicha factura dentro de los tiempos definidos en el artículo 17 de la presente resolución.

Cuando se formule y comunique la devolución, la ERP deberá informar por una única vez todas las causales de devolución mediante el Registro de envío de devoluciones, glosas o respuestas del numeral 3.1 del presente Manual.

Las causas de devolución no aplican 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 devolución aplica siempre para el 100% de la factura, las causales indicadas en el presente manual, para el código general 08, se aplicarán siempre que afecten toda la factura, en casos contrarios, deberá aplicarse el código de glosa que corresponde, para una afectación parcial y no total de la factura.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

4.4. Glosas: *El trámite de glosas debe estar en cumplimiento con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.*

Cuando se formule y comunique la glosa, la ERP deberá informar por una única vez todas las causales de devolución mediante el Registro de envío de devoluciones, glosas o respuestas del numeral 3.1 del presente Manual.

El proceso de trámite de glosas solo podrá comenzar una vez se cuente con la radicación de los soportes de cobro establecidos en el anexo técnico 3 de la presente resolución. Asimismo, comenzará una vez culmine el trámite de devoluciones establecido en el artículo 17 de la presente resolución.

Al trámite de glosas le aplica el reconocimiento económico ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos si así fue acordado por las partes y el pago de intereses moratorios de que trata los artículos 2.5.3.4.5.7 y 2.5.3.4.5.8 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022; 56 de la Ley 1438 de 2011; 4 y 7 del Decreto Ley 1281 de 2002.

4.5. Respuestas a devoluciones o glosas:

Cuando la respuesta a una causa de devolución sea la aceptación de la misma, el PSS o PTS en su calidad de facturador expedirá la correspondiente nota crédito electrónica por el 100% del valor de la factura de venta.

Cuando la respuesta a una causa de glosa sea la aceptación de la misma, el PSS o PTS en su calidad de facturador expedirá la correspondiente nota crédito electrónica por el valor de la glosa aceptada, expresa o tácitamente.

El envío del registro de la respuesta debe estar en cumplimiento con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

4.6. Registro de autorización:

Cuando exista una autorización principal, adicional o integral emitida en los términos de los artículos 5, 6, 7, 8 y 9 de la presente resolución, el número de la misma será registrado en el RIPS y no será causal de glosa. Incluido este registro, no será necesario anexar la solicitud de autorización como soporte de la factura.

En los acuerdos de voluntades en los que se haya pactado no solicitar autorización para la prestación y provisión de los servicios y tecnologías de salud, no será necesario el registro del número de autorización y no se podrá glosar por la falta de información de la autorización en el campo del RIPS.

En el caso excepcional que la ERP no se pronuncie ante la solicitud de autorización dentro de los términos definidos en la presente resolución, será suficiente soporte registrar el o los números de las solicitudes en el campo correspondiente del RIPS y anexar la copia del acuse de recibo de la ERP. 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.

Cuando por error una autorización expedida y comunicada al PSS o PTS deba ser anulada, la ERP deberá informarle sobre la anulación dentro del día hábil siguiente a la comunicación. Cuando la ERP no informe la anulación dentro de dicho término, no podrá glosar la factura de venta en lo concerniente a los servicios y tecnologías

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

de salud anuladas fuera del 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.

4.7. Recibo de pago compartido: Cuando en el acuerdo de voluntades se haya pactado el recaudo de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación por parte de los PSS o PTS, como parte del pago por los servicios y tecnologías de salud contratadas, cuando exista un recaudo efectivo, éste será descontado del valor de los servicios y tecnologías de salud cobrados a ERP. 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). Para el Sistema de Riesgos Laborales no aplican los pagos compartidos.

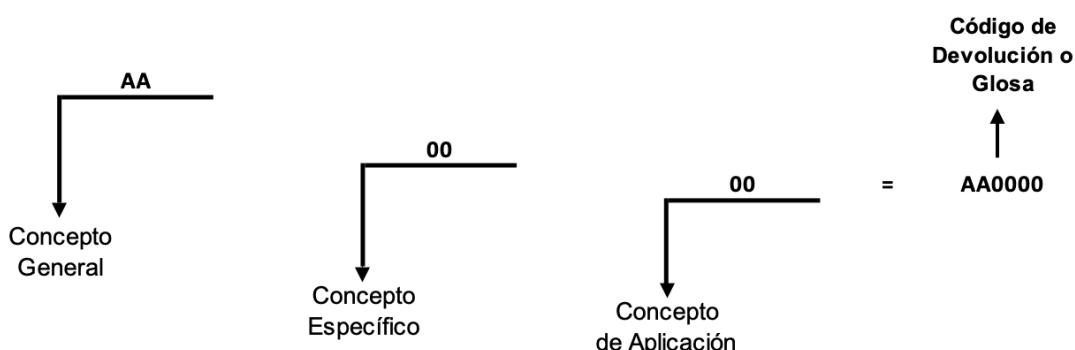
El valor del recaudo efectivo del copago, de la cuota moderadora o de recuperación, se registrará en la factura de venta electrónica, según la Resolución 510 de 2022 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue, y no se requiere el envío de la copia de la formalización.

CODIFICACIÓN DEL MANUAL

5.1. ESTRUCTURA DEL CÓDIGO. Los códigos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas se construyen con niveles jerárquicos.

Los códigos de devoluciones, glosas y respuestas tienen una estructura de seis (6) dígitos y se construyen con los siguientes tres (3) niveles, cómo se aprecia en el siguiente esquema:

- **Concepto general:** Representado por los dos (2) primeros dígitos de carácter literal.
- **Conceptos específicos:** Representados por el tercer y cuarto dígito de carácter numérico. Indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general. Cada concepto específico está asociado a un concepto general o a varios.
- **Concepto de aplicación:** Representados por el quinto y sexto dígito de carácter numérico. Indican cuando aplica la combinación del concepto general con el específico.



En la tabla de códigos que se muestra a continuación se encuentra la definición correspondiente al concepto general en la fila inmediatamente inferior a su código y denominación, la cual afecta todos los códigos específicos y de aplicación que jerárquicamente dependan de éste.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

En los códigos específicos y de aplicación se puede encontrar en la fila inmediatamente inferior, una nota explicativa que amplía los usos o restricciones del concepto de devolución o glosa.

Si la nota explicativa se encuentra relacionada con un código específico, ésta afecta a todos los códigos de aplicación que jerárquicamente dependan de éste.

Cuando la nota está relacionada con un concepto de aplicación, ésta solo afecta a este y no a las demás causales de glosa relacionadas con el código específico o el código general.

La consulta de la presente resolución junto con sus anexos podrá ser realizada en la página oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.1. TABLAS DE CÓDIGOS

TABLA 5.1. CÓDIGOS DE DEVOLUCIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
DE	DEVOLUCIÓN
DE16	Usuario corresponde a otro responsable de pago
Nota	Para afectaciones parciales de la factura, remítase a los códigos FA16.
DE1601	<i>La factura corresponde a un usuario que pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la atención.</i>
DE44	El PSS que factura no hace parte de la red de la ERP
Nota	No aplica en caso de atención de urgencias, por asignaciones de afiliados o decisiones judiciales.
DE4401	<i>El profesional que ordenó el servicio o tecnología de salud facturado lo hizo desde una IPS que no hace parte de la red de la ERP.</i>
DE4402	<i>El profesional independiente que ordenó el servicio o tecnología de salud no hace parte de la red de la ERP.</i>
DE50	Factura ya pagada o en trámite
DE5001	<i>La totalidad de la factura fue pagada por la ERP.</i>
DE5002	<i>La factura ya fue radicada a la ERP y se encuentra en trámite.</i>
DE56	No radicación de los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 17 de la presente Resolución
DE5601	<i>El PSS o PTS no radica los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 17 de la presente Resolución.</i>

TABLA 5.2. CÓDIGOS DE GLOSA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA	FACTURACIÓN
Definición	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias en cantidad al comparar los servicios y tecnologías prestadas o provistas con los servicios y tecnologías facturadas, o cuando el valor por concepto de recaudo efectivo de los pagos compartidos, no se restan de la factura de venta a cargo de la ERP, o cuando sucedan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente Manual.
FA01	Estancia u observación de urgencias

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA0101	<i>El cargo por estancia u observación de urgencias, que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencia con las cantidades facturadas.</i>
FA0102	<i>Se facturan consultas, interconsultas o atenciones (visitas) domiciliarias que están incluidas en la estancia u observación de urgencias de acuerdo con lo pactado.</i>
FA0103	<i>Se cobra estancia u observación de urgencias que ya se encuentra incluida en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
FA0105	<i>Se facturan servicios o tecnologías de salud que se encuentran incluidos en la estancia u observación de urgencias de acuerdo con lo pactado.</i>
FA02	Consultas, interconsultas y atenciones (visita) domiciliaria
FA0201	<i>El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencias con las cantidades facturadas.</i>
FA0202	<i>Se cobran consultas o atenciones (visitas) domiciliarias que se encuentran incluidas en los honorarios profesionales post quirúrgicos.</i>
FA0203	<i>Se cobran consultas o atenciones (visitas) domiciliarias que ya se encuentran incluidas en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
FA0205	<i>Se cobran consultas que se encuentran incluidas en los honorarios profesionales del procedimiento, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
FA0206	<i>En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de un procedimiento quirúrgico o intervencionista que realizó el mismo prestador.</i>
FA03	Honorarios profesionales en procedimientos
FA0301	<i>Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA0302	<i>Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA0303	<i>Se cobran honorarios profesionales que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
FA05	Derechos de sala
FA0501	<i>Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA0502	<i>Se cobran tecnologías de salud que ya se encuentran incluidas en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos.</i>
FA0503	<i>Se cobran derechos de sala que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
FA06	Dispositivos médicos e insumos
FA0601	<i>Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA0602	<i>Se cobran dispositivos médicos e insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo quirúrgico.</i>
FA0603	<i>Se cobran dispositivos médicos e insumos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada.</i>
FA07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
FA0701	<i>Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA0702	Se facturan separadamente principios activos que están incluidos en una presentación combinada.
FA0703	Se cobran medicamentos o APME que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.
FA0705	Se cobran medicamentos que ya se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico.
FA08	Apoyo diagnóstico
FA0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
FA0802	Se facturan separadamente apoyos diagnósticos incluidos uno en el otro.
FA0803	Se cobran apoyos diagnósticos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.
FA0805	Se cobran apoyos diagnósticos que ya se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico o intervencionista.
FA09	Atención agrupada
FA0903	La factura registra cargos detallados que sobrepasan las cantidades pactadas para atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.
FA12	Factura excede cantidades pactadas
FA1201	La factura presenta excedentes sobre las cantidades pactadas previamente entre las partes, o excede el saldo de cantidades disponible del contrato
Nota	No aplica en caso de atención de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
FA13	Factura incluye servicios y tecnologías de diferentes coberturas
Nota	En caso de una factura de venta multiusuarios, se glosa lo correspondiente al servicio o tecnología con cobertura diferente a los recursos que maneje la ERP correspondiente, del resto de la factura de venta generando el PSS o PST la nota crédito sobre el servicio o tecnología de salud y se continúa con el trámite de la factura de venta.
FA1305	Servicios o tecnología corresponde a diferente cobertura.
FA14	Representación gráfica de la factura
FA1401	Diferencia entre representación gráfica de la Factura de Venta y el XML de la Factura Electrónica de Venta validado por la DIAN. Si la representación gráfica es acordada en el acuerdo de voluntades por las partes
FA16	Usuario, servicio o tecnología pertenecía a otro responsable de pago en el momento de la prestación
Nota	Aplica cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente.
FA1605	En la factura se relacionan uno o varios usuarios que en el momento de la prestación del servicio corresponden a otro responsable de pago.
FA1606	En la factura se relacionan uno o varios servicios o tecnologías en salud que corresponden a otro responsable de pago.
FA19	Error en descuento pactado
Nota	Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
FA1905	Hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado o no fueron aplicados
FA20	Recibo de pago compartido
Nota	Solo aplica cuando se haya pactado el recaudo de copagos, cuotas moderadoras o de recuperación por parte del PSS o PTS.
FA2005	El recaudo de los copagos y las cuotas moderadoras o de recuperación, no se realizó de manera efectiva por parte del PSS o PTS, por causa atribuible al mismo.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA2006	Los recaudos efectivos de copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, que por acuerdo de voluntades efectuó el PSS o PTS fueron mal liquidados.
FA2007	No se resta del valor total de la factura el recaudo efectivo de los copagos y las cuotas moderadoras o de recuperación.
FA23	Otros procedimientos no quirúrgicos
FA2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
FA2302	Se facturan separadamente otros procedimientos no quirúrgicos incluidos uno en el otro.
FA2303	Se cobran otros procedimientos no quirúrgicos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.
FA25	Actividad pertenece a una intervención para la promoción y el mantenimiento de la salud
Nota	Lo anterior aplica de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.
FA2503	Se factura la actividad para la promoción y mantenimiento de la salud por fuera de la atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.
FA2505	Se factura por una finalidad diferente a aquellas que aplican en intervenciones para la promoción y el mantenimiento de la salud.
FA27	Servicio o tecnología de salud ya facturado
FA2702	Se cobran servicios y tecnologías de salud que se encuentran ya cobrados dentro de la misma u otra factura.
FA28	Servicio o tecnología de salud ya pagada al PSS o PTS
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente.
FA2805	Se factura un servicio o tecnología de salud ya pagada por parte de la ERP.
FA38	Traslado asistencial de paciente
FA3801	Los cargos por transporte asistencial de pacientes que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
FA3803	Se cobra transporte asistencial de paciente que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.
FA51	Servicio o tecnología prestado o suministrada por un PSS o PTS diferente al que tiene a su cargo la atención agrupada.
Nota	Aplica cuando la factura se puede tramitar parcialmente.
	Aplica conforme a lo establecido en los artículos 2.5.3.4.5.4. y 2.5.3.4.5.5. del Decreto 780 de 2016, sustituidos por el artículo 1 del Decreto 441 de 2022
	Aplica como ajuste descontable al valor total de la factura de venta.
FA5103	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada, prestado por otro PSS en caso de urgencias o por proceso de referencia.
FA5105	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada, que hace parte de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud o la RIAS para la población materno perinatal, fue prestado o provisto por otro PSS o PTS.
Nota	No aplica para aquellos servicios y tecnologías que deben ser garantizados antes del alta hospitalaria en el marco de la RIAS para la población materno perinatal.
FA5106	Servicio o tecnología de salud incluido en una atención agrupada prestado por otro PSS, con la finalidad de determinar el nivel de control o la aparición de complicaciones de una condición en salud ya establecida.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FA52	Disminución en el número de personas incluidas en una modalidad de pago prospectiva.
FA5205	<i>El número de personas incluidas en la modalidad de pago prospectiva es disminuido por novedades en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA o por las asignaciones de afiliados realizadas por la autoridad competente.</i>
FA5206	<i>El usuario incluido en una modalidad de pago prospectiva fallece y aplica una deducción proporcional del valor facturado.</i>
FA57	Apoyo terapéutico
FA5701	<i>Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA5702	<i>Se facturan separadamente apoyos terapéuticos incluidos uno en el otro.</i>
FA5703	<i>Se cobran apoyos terapéuticos que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
FA58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
FA5801	<i>Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA5802	<i>Se facturan separadamente procedimientos quirúrgicos o intervencionistas incluidos uno en el otro.</i>
FA5803	<i>Se cobran procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada.</i>
FA59	Transporte no asistencial del paciente ambulatorio
FA5901	<i>Los cargos por transporte no asistencial del paciente ambulatorio que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</i>
FA5903	<i>Se cobra transporte no asistencial del paciente ambulatorio que ya se encuentran incluidos en una atención agrupada, de acuerdo con lo pactado por las partes.</i>
TA	TARIFAS
Definición	<i>Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.</i>
TA01	Estancia u observación de urgencias
TA0101	<i>El cargo por estancias u observación de urgencias, que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencia con los valores pactados o establecidos por la norma.</i>
TA02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
TA0201	<i>El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado o justificado en los soportes de cobro, presenta diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.</i>
TA03	Honorarios profesionales en procedimientos
TA0301	<i>Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.</i>
TA0302	<i>Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.</i>
TA04	Honorarios otros profesionales asistenciales
TA0401	<i>Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados o justificados en soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
TA05	Derechos de sala
TA0501	Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA06	Dispositivos médicos e insumos
TA0601	Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
TA0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro, presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA08	Apoyo diagnóstico
TA0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA09	Atención agrupada
Nota	No aplica en caso de atención de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
TA0901	Los cargos por atención agrupada que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados.
Nota	No aplica cuando se haya pactado o en la norma vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el grupo de servicios o tecnologías incluidos en la atención agrupada.
TA0902	La factura registra cargos detallados cuya sumatoria sobrepasa los valores pactados para atención agrupada.
TA23	Otros procedimientos no quirúrgicos
TA2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA29	Recargos no pactados
TA2901	En la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre las partes o establecidos por la norma.
TA38	Transporte asistencial de paciente
TA3801	Los cargos por transporte asistencial de pacientes que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA57	Apoyo terapéutico
TA5701	Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
TA5801	Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
TA59	Transporte no asistencial del paciente ambulatorio
TA5901	Los cargos por otro transporte no asistencial de pacientes que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro presentan diferencias con los valores pactados o establecidos por la norma.
SO	SOPORTES
Definición	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia total o parcial o inconsistencia en los soportes o porque no corresponden a la persona atendida.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO01	Estancia u observación de urgencias
SO0101	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la epicrisis que soporta la estancia u observación de urgencias
SO0102	Los soportes de cobro que evidencian la estancia u observación de urgencias no corresponden a la persona atendida.
SO02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
SO0201	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la realización de la consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria.
SO0202	Los soportes de cobro que evidencian la realización de la consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria no corresponden a la persona atendida.
SO03	Honorarios profesionales en procedimientos
SO0301	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas.
SO0302	Los soportes de cobro que evidencian los honorarios de profesionales en procedimientos no corresponden a la persona atendida.
SO0303	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios de anestesia.
SO04	Honorarios otros profesionales asistenciales
SO0401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos.
SO0402	Los soportes de cobro que evidencian los honorarios de otros profesionales asistenciales no corresponden a la persona atendida.
SO06	Dispositivos médicos e insumos
SO0601	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos e insumos empleados en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que sean motivo de cobro adicional.
Nota	No aplica cuando el registro está en la hoja de gastos de cirugía que se envía como soporte.
SO0602	Los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos e insumos empleados no corresponden a la persona atendida.
SO0603	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos e insumos empleados en procedimientos no quirúrgicos que sean motivo de cobro adicional.
SO0604	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los dispositivos médicos e insumos entregados como parte de una acción de protección específica o tratamiento.
SO07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME
SO0701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de administración de medicamentos.
SO0702	Los soportes de cobro que evidencian los medicamentos suministrados no corresponden a la persona atendida.
SO0703	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el comprobante de recibido de medicamentos de los usuarios.
SO08	Apoyo diagnóstico
SO0801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica del apoyo diagnóstico.
SO0802	Los soportes de cobro que evidencian el apoyo diagnóstico no corresponden a la persona atendida.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO0803	Existe ausencia en los soportes de cobro de la lectura o interpretación del apoyo diagnóstico por parte del profesional correspondiente.
SO09	Atención agrupada
SO0901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian las servicios o tecnologías de salud adicionales a los incluidos en la atención agrupada.
SO0902	Los soportes de cobro que evidencian la atención agrupada no corresponden a la persona atendida.
SO20	Recibo de pago compartido
SO2001	El PSS o PTS no incluye el número de la factura de venta o del documento equivalente del copago, cuota moderadora o de recuperación que recibió efectivamente del usuario en el RIPS.
SO21	Autorización principal
Nota	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.
	Aplica como glosa total. Cuando la ERP no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto.
SO2101	El número de la autorización principal no está incluido en el RIPS.
SO2102	El número de la autorización principal incluido en el RIPS no corresponde al PSS.
SO2104	El número de la autorización principal incluido en el RIPS no corresponde a la persona atendida.
SO23	Otros procedimientos no quirúrgicos
SO2301	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica de otros procedimientos no quirúrgicos.
SO2302	Los soportes de cobro que evidencian otros procedimientos no quirúrgicos no corresponden a la persona atendida.
SO30	Autorización de servicios y tecnologías adicionales
Nota	No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.
	Aplica como glosa total. Cuando la ERP no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto.
SO3001	El número de la autorización de servicios y tecnologías adicionales no está incluido en el RIPS
SO3002	El número de la autorización de servicios y tecnologías adicionales incluido en el RIPS no corresponde al prestador de servicios.
SO3003	El número de la autorización de servicios y tecnologías adicionales incluido en el RIPS no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada.
SO3004	La autorización de servicios y tecnologías adicionales incluido en el RIPS no corresponde a la persona atendida.
SO34	Resumen de atención o epicrisis, hoja de atención de urgencias u hoja de atención odontológica
Nota	Aplica como glosa total
SO3401	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la epicrisis.
SO3402	La epicrisis no corresponde a la persona atendida.
SO3403	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de atención de urgencias.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO3404	<i>La hoja de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida.</i>
SO3405	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el resumen de atención</i>
SO3406	<i>El resumen de atención no corresponde a la persona atendida.</i>
SO3407	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de atención odontológica.</i>
SO3408	<i>La hoja de atención odontológica no corresponde a la persona atendida.</i>
SO36	<i>Copia de la factura o el detalle de cargos expedida a la aseguradora del SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces</i>
SO3601	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en las copias de la factura enviada a la compañía de seguros SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, cuando aplica, con sus respectivos detalles, con las que se cumple los topes de cobertura.</i>
SO3602	<i>Las copias de la factura enviada a la compañía de seguros SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces, cuando aplica, no corresponde a la persona atendida.</i>
SO37	<i>Orden o fórmula del profesional tratante</i>
SO3701	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la orden o fórmula del profesional tratante.</i>
SO3702	<i>La orden o fórmula no corresponde a la persona atendida.</i>
SO38	<i>Transporte asistencial de paciente</i>
SO3801	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en la hoja de transporte.</i>
SO3802	<i>La hoja de transporte no corresponde a la persona atendida.</i>
SO39	<i>Comprobante de recibido del usuario</i>
SO3901	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el comprobante de recibido del usuario.</i>
SO3902	<i>El comprobante de recibido del usuario no corresponde a la persona atendida.</i>
SO40	<i>Registro de anestesia</i>
SO4001	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia de la copia del registro de anestesia.</i>
SO4002	<i>El registro de anestesia no corresponde a la persona atendida.</i>
SO41	<i>Descripción quirúrgica</i>
SO4101	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia, de la copia de la descripción quirúrgica.</i>
SO4102	<i>La descripción quirúrgica no corresponde a la persona atendida.</i>
SO42	<i>Lista de precios</i>
Nota	<i>Aplica únicamente 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.</i>
	<i>No aplica en los casos en que existe acuerdo de voluntades entre la ERP y el PSS o PTS ya que esta lista de precios debe ser un anexo del acuerdo, a menos que se requiera actualizar la información.</i>
SO4201	<i>Existe ausencia total, parcial o inconsistencia de la lista de precios.</i>
SO47	<i>Faltan soportes de los servicios y tecnologías de salud de los recobros a cargo de la ADRES o de la ARL</i>
SO4701	<i>No se incluye en la factura de venta 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.</i>
SO48	<i>Informe atención de urgencias</i>
Nota	<i>Aplica como glosa total cuando la atención de urgencias no es informada a la ERP, en los términos definidos en la normativa vigente.</i>
	<i>No aplica en los casos en los que no sea posible identificar la ERP dentro de</i>

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	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 ERP, en los términos establecidos en la normativa vigente.
SO4801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el informe de atención de urgencias.
SO4802	El informe de atención de urgencias no corresponde a la persona atendida.
SO57	Apoyo terapéutico
SO5701	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian la práctica del apoyo terapéutico.
SO5702	Los soportes de cobro que evidencian el apoyo terapéutico no corresponden a la persona atendida.
SO58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
SO5801	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes de cobro que evidencian los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas.
SO5802	Los soportes de cobro que evidencian los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas no corresponden a la persona atendida.
SO59	Transporte no asistencial del paciente ambulatorio
SO5901	Existe ausencia total, parcial o inconsistencia en el tiquete del transporte.
SO5902	El tiquete de transporte no corresponde a la persona atendida.
SO60	Reportes de información
Nota	Aplica para los reportes de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según la normativa vigente.
SO6001	Los reportes de información de las actividades de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal, no se envían de acuerdo a los tiempos definidos por la normativa vigente.
SO6002	Los reportes de información de las actividades de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal, se envían en estructura diferente a la exigida por la normativa vigente.
SO6003	Los reportes de información de las actividades de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud y la RIAS para la población materno perinatal, no se envían de forma completa.
SO6004	Los reportes de información de las condiciones crónicas y de alto costo, no se envían de acuerdo a los tiempos definidos por la normativa vigente.
SO6005	Los reportes de información de las condiciones crónicas y de alto costo, se envían en estructura diferente a la exigida por la normativa vigente.
SO6006	Los reportes de información de las condiciones crónicas y de alto costo, no se envían de forma completa.
SO61	Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud
Nota	Las validaciones realizadas previas al proceso de radicación de la FEV establecidas por el Ministerio de salud y protección Social no podrán ser objeto de glosa por parte de la ERP. La ERP debe formular y comunicar la glosa, especificando cada uno de los campos inconsistentes para que el PSS o el PTS subsane la glosa. No se podrá formular esta causa sobre campos de datos diferentes a los inicialmente glosados, salvo si persiste error en alguno de los campos glosados.
SO6101	En el caso de que uno o varios campos de RIPS presente inconsistencias con la atención prestada.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SO6102	<i>En el caso de que uno o varios campos de RIPS presente inconsistencias con relación al contrato.</i>
AU	AUTORIZACIONES
	<i>Aplican glosas por autorización cuando los servicios y tecnologías de salud facturados por el PSS o PTS, 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.</i>
Nota	<i>Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la normativa vigente.</i> <i>Se consideran autorizadas aquellas respuestas que fueron anuladas por fuera del término establecido en la presente resolución.</i>
AU01	Estancia u observación de urgencias
AU0101	<i>El número de horas en observación de urgencias, o días en habitación que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con los días autorizados.</i>
AU0102	<i>El servicio de internación donde se produjo la estancia no corresponde al autorizado.</i>
AU02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
AU0201	<i>El número de consultas, interconsultas o atenciones (visitas) domiciliarias que vienen relacionadas en la factura de venta presenta diferencia con las autorizadas.</i>
AU0202	<i>La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria relacionada o justificada en los soportes de la factura de venta no corresponde a la autorizada.</i>
AU03	Honorarios profesionales en procedimientos
AU0302	<i>Los honorarios profesionales relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponde a la autorizada.</i>
AU0303	<i>La ERP emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la IPS está facturando a su nombre estos honorarios.</i>
AU06	Dispositivos médicos e insumos
AU0601	<i>El número de dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado.</i>
AU0602	<i>Los dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponden a los autorizados.</i>
AU07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME
AU0701	<i>El número de unidades de la forma farmacéutica que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado.</i>
AU0702	<i>La forma farmacéutica que vienen relacionada en la factura de venta presenta diferencia con la autorizada.</i>
AU0703	<i>El principio activo que viene relacionado en la factura de venta presenta diferencia con el autorizado.</i>
AU0704	<i>La concentración que viene relacionada en la factura de venta presenta diferencia con la autorizada.</i>
AU08	Apoyo diagnóstico
AU0801	<i>El número de apoyos diagnósticos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado.</i>
AU0802	<i>Los apoyos diagnósticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponden con los autorizados.</i>
AU21	Autorización principal
Nota	<i>No aplica cuando en el acuerdo de voluntades se pacta la no solicitud de autorización principal.</i>

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<p>Aplica como glosa total.</p> <p>Cuando la ERP no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normativa vigente, se diligenciará el número de solicitud en el campo de número de autorización y no habrá lugar a glosa por dicho concepto.</p>
AU2103	El número de la autorización no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada.
AU23	Otros procedimientos no quirúrgicos
AU2301	El número de procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado.
AU2302	El procedimiento no quirúrgico relacionado o justificado en los soportes de la factura de venta no corresponden con el autorizado.
AU30	Autorización de servicios adicionales
Nota	No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico o intervencionista debidamente autorizado, el profesional considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas.
AU3003	El número de la autorización de servicios adicionales al plan de manejo inicial no corresponde al servicio o tecnología prestada o facturada.
AU38	Transporte asistencial de pacientes
Nota	No aplica en el caso de transporte de pacientes con patología de urgencias.
AU3803	El transporte asistencial de pacientes no cuenta con la autorización.
AU43	Orden o fórmula del profesional tratante o autorización de servicios vencida
AU4303	El número de la autorización de servicios, orden o fórmula del profesional tratante registrada en los soportes de cobro ha superado el límite de días de vigencia.
Nota	Los días de vigencia se calculan desde la prescripción u orden, hasta la prestación o provisión del servicio o tecnología
AU4304	El número de la autorización de servicios, orden o fórmula del profesional tratante registrada en los soportes de cobro no corresponde a la autorización, orden o fórmula reemplazada por vencimiento.
AU57	Apoyo terapéutico
AU5701	El número de apoyos terapéuticos que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado.
AU5702	Los apoyos terapéuticos relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta no corresponden con los autorizados.
AU58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
AU5801	El número de procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en la factura de venta presenta diferencia con lo autorizado.
AU5802	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados o justificados en los soportes de la factura de venta, no corresponden a los autorizados.
AU59	Transporte no asistencial del paciente ambulatorio
AU5903	El transporte no asistencial del paciente ambulatorio no cuenta con la autorización
CO	COBERTURA
Nota	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 ERP, que hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o están a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
CO01	Estancia u observación de urgencias

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CO0101	El número de días en observación o habitación que vienen relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
CO0201	La consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria relacionada en los soportes de cobro no está incluida en la respectiva cobertura.
CO03	Honorarios profesionales en procedimientos
CO0301	Los honorarios profesionales relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO04	Honorarios otros profesionales asistenciales
CO0401	Los honorarios de otros profesionales asistenciales relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO06	Dispositivos médicos e insumos
CO0601	Los dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados o justificados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME
CO0701	Los medicamentos o APME relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO08	Apoyo diagnóstico
CO0801	Los apoyos diagnósticos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO23	Otros procedimientos no quirúrgicos
CO2301	Los procedimientos no quirúrgicos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura.
CO38	Transporte asistencial de pacientes
CO3801	El transporte asistencial de pacientes relacionados en los soportes de cobro no está incluido en la respectiva cobertura.
CO46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, la ADRES o la entidad que haga sus veces
CO4601	Se facturan servicios a la ERP sin agotar los topes cubiertos por la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), la ADRES o la entidad que haga sus veces.
CO57	Apoyo terapéutico
CO5701	Los apoyos terapéuticos relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
CO58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CO5801	Los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas relacionados en los soportes de cobro no están incluidos en la respectiva cobertura
CO59	Transporte no asistencial del paciente ambulatorio
CO5901	El transporte no asistencial del paciente ambulatorio relacionado en los soportes de cobro no está incluido en la respectiva cobertura o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
CL	CALIDAD
Nota	En este código general se consideran las glosas que están relacionadas con:
	<p>Pertinencia: Aquellas que se generan por no existir coherencia entre el evento o condición en salud que generó el proceso de atención y los servicios y tecnologías prestados o provistos al usuario, relacionados en los soportes de cobro de acuerdo con la auditoría de cuentas médicas.</p> <p>Oportunidad: Aplica cuando la prestación de servicios o provisión de tecnologías de salud se realiza con retrasos, generando riesgo para la vida o la salud del usuario. Las partes deben definir en los acuerdos de voluntades</p>

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	los tiempos para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en el marco de la normativa vigente. Seguridad: Se genera por la prestación o provisión de servicios y tecnologías secundarios a la ocurrencia de un evento adverso prevenible que no se relaciona con el proceso de atención del evento o condición en salud que originó la atención inicial.
CL01	Estancia u observación de urgencias
CL0101	El cargo por estancia, sea ésta en observación de urgencias o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura de venta no es pertinente.
CL0102	El cargo por estancia que viene relacionado en los soportes de cobro corresponde a una prolongación de la atención asociada a un evento adverso prevenible y no al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.
CL02	Consultas, interconsultas y atenciones (visitas) domiciliarias
CL 0201	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado en los soportes de cobro no es pertinente.
CL 0203	El cargo por consulta, interconsulta o atención (visita) domiciliaria que viene relacionado en los soportes de cobro, corresponde a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.
CL03	Honorarios profesionales en procedimientos
CL0301	Los cargos por honorarios profesionales en procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.
CL0302	Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.
CL06	Dispositivos médicos e insumos
CL0601	Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.
CL0602	Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.
CL0603	Los cargos por dispositivos médicos e insumos que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro que fue realizado fuera de los tiempos definidos de oportunidad.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.
CL07	Medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CL0701	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, no son pertinentes.
CL0702	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.
CL0703	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro que fue realizado fuera de los tiempos definidos de oportunidad.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.
CL0704	Los cargos por medicamentos o APME que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a un suministro incompleto de acuerdo a la prescripción facultativa o fórmula médica.
CL08	Apoyo diagnóstico
CL0801	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.
CL0802	Los cargos por apoyo diagnóstico que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.
CL0803	Los cargos por procedimientos de apoyo diagnóstico que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponde a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.
CL23	Otros procedimientos no quirúrgicos
CL2301	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos o actividades que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.
CL2302	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.
CL2303	Los cargos por otros procedimientos no quirúrgicos que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.
Nota	Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.
	Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<i>solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.</i>
CL38	Transporte asistencial de pacientes
CL3801	<i>Los cargos por transporte asistencial de pacientes que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.</i>
CL3802	<i>Los cargos por transporte asistencial de pacientes que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.</i>
CL3803	<i>Los cargos por transporte asistencial de pacientes que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.</i>
Nota	<i>Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.</i>
<i>Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.</i>	
CL53	Atención de urgencia
CL5301	<i>Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normativa vigente.</i>
CL5302	<i>Los cargos por atención de urgencia que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.</i>
CL5303	<i>Los cargos por atenciones de urgencias que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.</i>
Nota	<i>Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.</i>
<i>Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.</i>	
CL57	Apoyo terapéutico
CL5701	<i>Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.</i>
CL5702	<i>Los cargos por apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro corresponden a una complicación por evento adverso prevenible no asociada al curso esperado de la condición en salud que indicó el ingreso al servicio.</i>
CL5703	<i>Los cargos por procedimientos de apoyo terapéutico que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.</i>
Nota	<i>Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.</i>
<i>Aplica cuando el servicio o tecnología requerido no es prestado por el mismo PSS que dio origen a la solicitud, pero se ha informado la autorización o</i>	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<i>solicitud del servicio o tecnología requerido al PSS correspondiente por parte de la ERP y no se cumplen los tiempos pactados con este.</i>
CL58	Procedimientos quirúrgicos e intervencionistas
CL5801	<i>Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.</i>
CL5802	<i>El cargo por procedimientos quirúrgicos e intervencionistas que viene relacionado en los soportes de cobro corresponde a una complicación por evento adverso no asociada al curso esperado de la condición en salud que originó el ingreso al servicio.</i>
CL5803	<i>Los cargos por procedimientos quirúrgicos o intervencionistas que vienen relacionados en los soportes de cobro, corresponden a una atención que fue prestada fuera de los tiempos definidos de oportunidad.</i>
Nota	<i>Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.</i>
CL59	Transporte no asistencial del paciente ambulatorio
CL5901	<i>Los cargos por transporte no asistencial del paciente ambulatorio que vienen relacionados en los soportes de cobro no son pertinentes.</i>
Nota	<i>Aplica cuando el servicio o tecnología que dio origen a la solicitud y el servicio o tecnología prestado o provisto en atención a la solicitud, son contratados con el mismo PSS.</i>
SA	SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS
Nota	<i>Son glosas que se pactan con el fin de afectar del total de la factura un porcentaje definido, por conceptos relacionados con el seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades.</i> <i>El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.</i> <i>Para los indicadores que hagan parte del seguimiento del acuerdo, las partes deben definir al momento de suscribirlo, las metas, umbrales o rangos para su cumplimiento, por fuera de los cuales aplicarán la glosa en la proporción acordada.</i> <i>Independiente de las glosas generadas producto del seguimiento a los acuerdos de voluntades, las partes deben generar planes de mejora que permitan la obtención de los resultados esperados.</i>
SA54	Incumplimiento de indicadores de seguimiento
Nota	<i>Aplica a los relacionados con las intervenciones obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud, atención de población materno perinatal o de las condiciones crónicas y de alto costo, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social</i>
SA5401	<i>Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la promoción y el mantenimiento de la salud según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la adicione, modifique o sustituya.</i>

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SA5402	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de población materno perinatal según lo establecido la Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique, adicione, sustituya o derogue.
SA5403	Incumplimiento o falta de evidencia del cumplimiento de los indicadores relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de las condiciones crónicas y de alto costo, según lo establecido por la normativa vigente o lo pactado entre las partes.
SA55	Ajuste frente a la desviación de la nota técnica
Nota	Aplica en las modalidades de pago prospectivas con base en lo definido en la nota técnica construida al momento de suscribir los acuerdos de voluntades. Las partes al momento de suscribir el acuerdo deben establecer el límite inferior y superior de desviaciones admisibles frente a lo previsto en la nota técnica.
SA5501	Disminución en el número de la población inicial a atender en una modalidad de pago prospectiva.
SA5502	Disminución en la frecuencia observada en el uso de los servicios y tecnologías en salud frente a lo proyectado en la nota técnica.
Nota	No aplica cuando la disminución en la frecuencia es producto de la adecuada gestión de la población asignada.
SA56	Indicadores de calidad, gestión y resultados
SA5601	Incumplimiento de los indicadores de calidad.
SA5602	Incumplimiento de los indicadores de gestión.
SA5603	Incumplimiento de los indicadores de resultados en salud.

TABLA 5.3 CÓDIGOS DE RESPUESTA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
RE	RESPUESTAS A DEVOLUCIONES O GLOSAS
RE95	Glosa o devolución extemporánea
RE9501	La devolución no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos por la norma configurándose la aceptación tácita de la factura de venta.
RE9502	La glosa no procede por haber sido generada fuera de los términos establecidos por la Ley configurándose la aceptación tácita de la factura de venta.
RE96	Glosa o devolución injustificada
RE9601	El PSS o PTS aporta a la ERP la evidencia que demuestra que la devolución es injustificada al 100%.
RE9602	El PSS o PTS aporta a la ERP la evidencia que demuestra que la glosa es injustificada al 100%.
RE97	Glosa o devolución totalmente aceptada
RE9701	El PSS o PTS informa a la ERP que la devolución ha sido aceptada al 100%.
RE9702	El PSS o PTS informa a la ERP que la glosa ha sido aceptada al 100%.
RE98	Glosa parcialmente aceptada y subsanada parcialmente
RE9801	El PSS o PTS informa a la ERP que la glosa ha sido aceptada y subsanada parcialmente.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los procesos y procedimientos relacionados con la ejecución y seguimiento a los acuerdos de voluntades suscritos entre prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, sustituido por el Decreto 441 de 2022 y se dictan otras disposiciones”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
RE99	Glosa no aceptada y subsanada en su totalidad
RE9901	<i>El PSS o PTS informa a la ERP que la glosa siendo justificable ha podido ser subsanada totalmente.</i>
RE22	Respuesta glosa extemporánea
RE2201	<i>La ERP informa al PSS o PTS que la respuesta a la devolución se presenta por fuera de los términos legales, configurándose la aceptación tácita de la devolución.</i>
RE2202	<i>La ERP informa al PSS o PTS que la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales, configurándose la aceptación tácita de la glosa</i>