Facturación del Sistema General
de Seguridad Social de Salud en Colombia
Facturación
SENA

Tabla de contenido

Introducción.....3
Mapa conceptual.....4
Procesos, procedimientos, formatos, registros, trazabilidad de la factura.
Glosas, conceptos, tipos de glosa, gestión de glosas y devoluciones en cuentas.
Gestión de la cartera rotación, edad de la cartera, reportes de cartera.
Glosario.....11
Bibliografía.....13
Creative commons.....14
Créditos.....15

Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia

Introducción

El sistema establecido con la Ley 100 y sus actualizaciones obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS a facturar por la venta de los servicios prestados para recuperar los recursos invertidos en la atención de la salud de los usuarios y con ello garantizar su sostenibilidad financiera.

Es por esto, que las Instituciones Prestadoras de Salud, se ven obligadas a implementar un proceso de auditoría para evaluar la prestación del servicio y hacer un análisis posterior a la facturación de las cuentas enviadas al responsable de pago, verificando que todos los soportes se encuentren bien evidenciados y se puedan adoptar medidas correctivas en el fortalecimiento de las actividades administrativas correspondientes a la liquidación de los servicios de salud.

Por su parte, las entidades responsables de pago del sistema adoptan iguales medidas como incorporar las áreas de auditoria médica donde la parte administrativa se encarga de la operatividad de la revisión de las facturas y la parte medica se encarga de evaluar pertinencia desde su pericia y experticia para garantizar igualmente la calidad en la prestación de servicios y el cumplimiento óptimo de las atenciones.

Invitamos a todos los aprendices a conocer a continuación, algunos detalles que deben ser tenidos en cuenta, reiterándoles el compromiso de incorporar el lenguaje técnico de esta ocupación, Facturador en los servicios de Salud. Es necesario someternos a la normatividad vigente que está en constante actualización.

(Fuente: SENA (2017))

Procesos, procedimientos, formatos, registros, trazabilidad de la factura.

Existe en Colombia una normativa clara respecto al tema de glosas.

Como normatividad principal se cuenta con:

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social regula algunos aspectos de las relaciones que deben existir entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

La Resolución 3047 de 2008; anexo técnico No 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007 regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, en lo concerniente a Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes: Contributivo y Subsidiado, de acuerdo con la modalidad contractual que se adopte y el trámite que se surta en el caso de formulación de glosas.

Mediante la Resolución 3385 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011, "Por la cual se modifica el Anexo Técnico número 6 que forma parte integral de la Resolución 3047 de 2008".

En el año 2011 se crea la Ley 1438 que modifica el Trámite de Glosas, estableciendo en qué tiempos se debe realizar la objeción y las respuestas pertinentes.

Después de organizar el paquete de la cuenta médica, según criterios de cada entidad normalizados en los procedimientos y descritos en los acuerdos de voluntades, y de realizar el envío al ente pagador para radicación, la IPS debe seguir la trazabilidad de la factura hasta la cancelación de esta; en consecuencia se deben desarrollar los siguientes pasos:

- Se envía el paquete al responsable de pago entre el 1 y el 20 de cada mes, sin sobrepasar los seis (6) meses, asumiendo que entre más tarde se envíe la factura más tarde será el pago de la cuenta.

- El responsable del área financiera realiza el asiento contable en el software, a partir de la radicación de la cuenta de cobro ante el pagador, luego de lo cual se debe iniciar el seguimiento y acciones de cobro.

- Revisión de los reportes de tesorería referente a los pagos por, transferencia electrónica, consignaciones o cheque girados a la IPS.

Se programa visitas periódicas a las entidades responsables del pago de salud solicitándoles el pago y/o soportes de pagos.

- Se tiene que confirmar si efectivamente el pago fue realizado y si éste ingresó a la Institución.

- Al recibir la confirmación de los diferentes pagos, se debe hacer el respectivo registro contable (Descargar pagos, notas créditos, notas débitos y trámites de glosas).

- Se elabora el respectivo recibo de caja de acuerdo con cada una de las certificaciones de pagos que se hayan generado en la oficina de cartera de los pagos confirmados.

Por otra parte, la entidad responsable del pago, debe cumplir con los siguientes requisitos para la cancelación de la factura correspondiente al servicio prestado de su afiliado:

- El responsable del pago recibe las facturas o documentos equivalentes, presentados por los prestadores de servicios de salud, en medio físico y magnético.

- Se verifica en un primer momento que este cumpla con los requisitos de facturas o documento equivalente.

- Se valida que la información entregada cumpla con las especificaciones del contrato o normatividad vigente.

- Se confronta con el representante de la IPS y/o profesional, el listado y las facturas que se están radicando.

- Se radica los documentos de los Prestadores de Servicios de Salud, colocando sello a cada copia de la factura con el número de radicación y fecha en que se recibe las cuentas médicas.

- Se selecciona las cuentas médicas separando las facturas por el Prestador de Servicios de Salud, y en los casos que amerite, evaluar la pertinencia médica, la pertinencia administrativa y verificando por parte del analista o profesional.

- Se comprueba cuál es el objeto contractual y tarifas, y se constata que lo presentado en las facturas corresponda con lo realmente contratado con la respectiva IPS.

- Se realiza una lista de verificación indicando que los datos del paciente coincidan con los datos de la autorización, que las tarifas correspondan a las pactadas.

Glosas, conceptos, tipos de glosa, gestión de glosas y devoluciones en cuentas.

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

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

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

Los motivos de glosa pueden ser por:

- **Facturación:** Se codifica con el número 1; se presenta la glosa por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

- **Tarifas:** Se codifica con el número 2; se glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

- **Soportes:** Se codifica con el número 3; se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

- **Autorización:** Se codifica con el número 4; se aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

Dentro de los formatos de autorización están relacionados los siguientes:

- Anexo N°1: Inconsistencias en base de datos.
- Anexo N°2: Informe de la atención inicial de urgencias (24 horas /tres Intentos).
- Anexo N°3: Solicitud de autorización de servicios de salud (4 horas /3 intentos)
-Anexo N°4: Formato único de autorización de servicios. (5 días-2 días hábiles)
- Anexo N°5: Soportes de las facturas.
- Anexo N°6: Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas.
- Anexo N°7: Estándares de datos para los Anexos Técnicos 1, 2, 3 y 4.
- Anexo N°8: Registro conjunto de trazabilidad de la factura.
- Anexo N°9: Formato estandarizado de referencia de pacientes.
- Anexo N°10: Formato estandarizado de contra referencia de pacientes.
- Anexo N°11: Contenido de los avisos que obligatoriamente que deben publicar las entidades responsables del pago y los Prestadores de Servicios de Salud.

Cobertura: Se codifica con el número 5; se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

Pertinencia: Se codifica con el número 6; se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

Devoluciones: Se codifica con el número 8; que es una no conformidad que afecta en forma total la factura, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Las causales de devolución son concretas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, tutela, accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

Respuestas a glosas o devoluciones: Se codifica con el número 9; las respuestas, glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Sin embargo el manual único de glosas establece que la codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales, como lo determinamos, y los dos siguientes indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

Ejemplo: El código de tarifa es 2 y dos códigos específicos 29.

Es decir el código de la glosa es 229 que corresponde a Recargos no pactados y aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

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

- Usuario o servicios; corresponde a otro plan o responsable.
- Usuario retirado o moroso.
- Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud.
- Ausencia del resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
- Profesional que ordena no adscrito.
- Falta soporte de justificación para recobros.
- Falta del Informe atención inicial de urgencias.
- Factura no cumple los requisitos legales.
- Factura ya cancelada.

El trámite que establece la ley 1438 de 2011 respecto a los tiempos que se deben tener en cuenta son:

Las entidades responsables del pago de servicios de salud tendrán veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura; durante este tiempo formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá

un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Todo registro debe estar consignado en actas que soporten las acciones de las personas, sus roles en la operación y sus identificaciones, de igual manera la fecha y los compromisos adquiridos en cada una de las reuniones sostenidas.

Toda la información se encuentra en el anexo 6, Manual de Glosas y Devoluciones de la Resolución 3047 de 2008 y será la bitácora de ahora en adelante para el proceso de facturación en una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El pasó a paso de los instructivos que pueden encontrar en www.supersalud.gov.co

Como nota actualizada se describe el "ADRES como Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, "Todos por un nuevo país", crea la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS (ADRES, por sus iniciales), con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos del SGSSS e implementar los respectivos controles.

Los recursos que confluirán en la ADRES serán los que hoy día maneja el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, los que financian el aseguramiento en salud, entre otros.

En concordancia con lo aquí señalado, opera de forma similar al actual esquema de operación del FOSYGA, solo que, articulando más fuentes y usos de recursos, definidos por la ley, la ADRES recaudará, administrará y girará los recursos del SGSSS, optimizando los procesos.

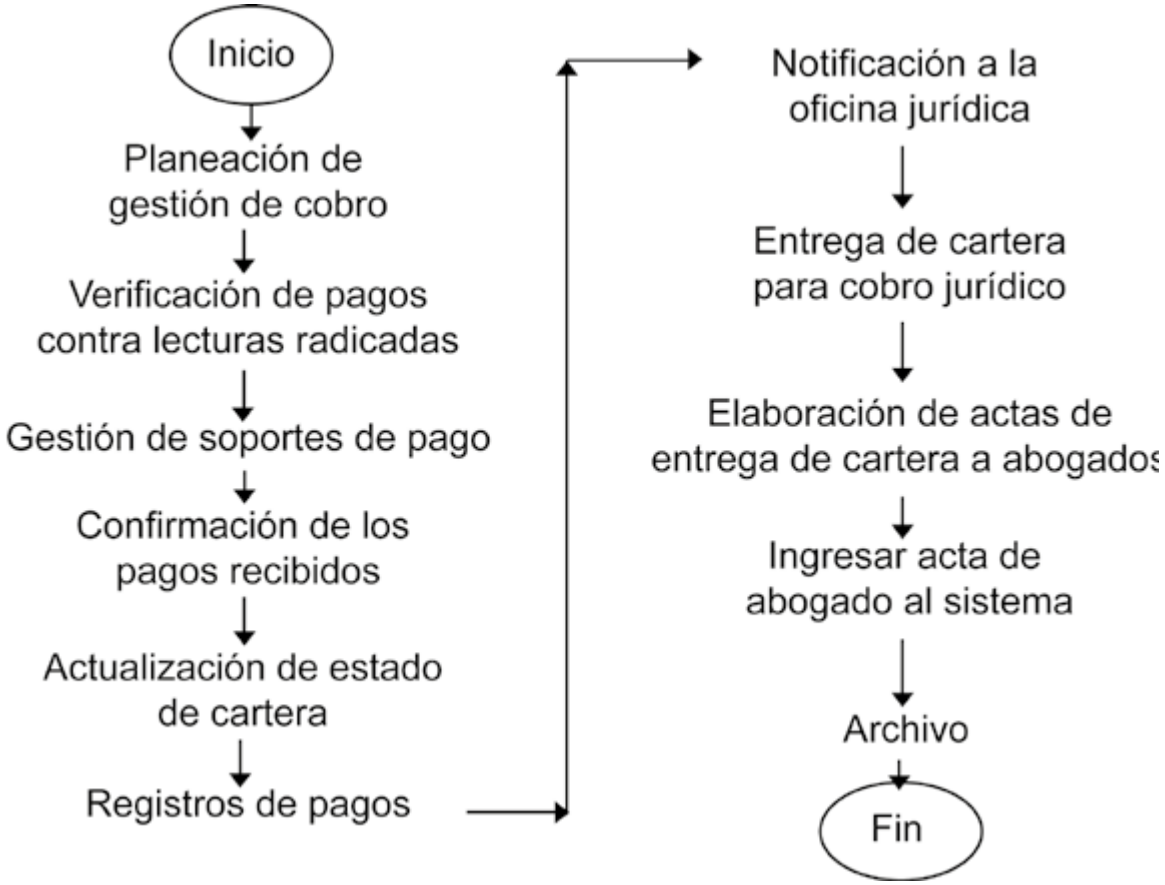
El Gobierno Nacional, mediante el Decreto 1429 de 2016, modificó la estructura de la ADRES; igualmente, el Decreto 546 de 2017, estableció el 1 de agosto de 2017 como fecha a partir de la cual entrará en operación ADRES.

En virtud de lo anterior, tal y como lo señala la ley, una vez entre en operación la ADRES, se suprimirá el FOSYGA."
Tomado del ABC de implementación del ADRES.

Según lo antes mencionado, nos encontramos en la actualidad en pleno proceso de implementación. Debemos estar preparados.

Gestión de la cartera rotación, edad de la cartera, reportes de cartera.

La Gestión de la cartera es muy importante en una empresa, y ésta se realiza con el ánimo de recuperar de manera pronta la inversión realizada como el capital de trabajo y garantizar liquidez de la entidad. Esta tarea debe ser trabajada de forma eficiente y responsable porque puede implicar la pérdida de recursos, puesto que se está financiando a los clientes con los recursos de infraestructura, talento humano y financiero propios.



En el flujograma anterior se describen las acciones para el cobro de cartera incluyendo el inicio de un cobro jurídico. La Institución Prestadora de un Servicio de Salud IPS tiene total libertad de utilizar todos los métodos legales disponibles para garantizar el cobro efectivo de su facturación radicada.

Las entidades después de prestar un servicio deben ejercer persuasión para recuperar esas cuentas por cobrar y clasificar el tiemplo de su cartera en 30, 60 y 90 días.

También existen cuentas de difícil cobro que se catalogan por este nombre por haber agotado todos los mecanismos implementados para el cobro.

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

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

Conciliación: Mecanismo de solución de conflictos, en este caso entre el que cobra y paga la prestación del servicio de salud. A través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador. Debe quedar registro de la acción a través de un acta.

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

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

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

Historia Clínica (HC): Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológica-

mente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principio de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos

que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Registros específicos: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.

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

RIPS (Registro Individual de la Prestación de Servicio de Salud): Provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS).

Igualmente el objetivo del registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.

Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud.* Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008). *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012). *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.* Recuperado de: https://actualicese.com/normatividad/2012/12/19/concepto-253916-de-19-12-2012

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015). *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=,Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%206%20de%20mayo%20de%202015

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%2026%20de%20diciembre%20de%202016

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2011%20de%20abril%20de%202017

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de mayo de 2017). *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%20%2022%20de%20mayo%20de%202017

Creative Commons

ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

SENA

Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios en Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORA GRÁFICA	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORA	Zulma Milena Patiño Cardenas
GUIONISTA	Héctor Salinas Castellanos
Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Dolly Esperanza Parra Lozano
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez

Guía de aprendizaje 4.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Facturación de los Servicios en Salud.
- **Código del Programa de Formación:** 13450090 versión 1.
- **Competencia:** Registrar información de acuerdo con normativa y procedimiento técnico.
- **Resultados de Aprendizaje a Alcanzar:** Verificar las facturas de la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta el procedimiento técnico.
- **Duración de la Guía:** 12 Horas.

2. PRESENTACIÓN

Al llevar un registro organizado y cronológico de los servicios prestados se garantiza el conocimiento, control y consulta posterior de cualquier soporte o evidencia requerida para presentar ante un responsable de pago, un organismo de control o una parte interesada. Esto se llama trazabilidad de la factura.

Los procesos y procedimientos del área de facturación son pilar fundamental de las organizaciones encargadas del cobro y pago de la prestación del servicio de salud, se convierten en fundamentales y prioritaria y se encargan del músculo financiero de liquidez de las instituciones del sector.

Una vez llega a manos del facturador el procedimiento a liquidar, se debe determinar si es un procedimiento ambulatorio u hospitalario, se liquidan de forma parecida, sin embargo, según el acuerdo de voluntades firmado entre los responsables de pago y quien presta el servicio de salud pueden variar las tarifas.

En el preciso momento de la radicación de las cuentas para cobro se debe cumplir además de la normatividad y tiempos exigidos, con todo aquello explícito en el acuerdo de voluntades entre las partes. Se refiere una auditoria médica antes y después de una facturación en los casos que los procedimientos cobrados deban ser justificados desde la pertinencia médica.

Por su parte, las glosas y devoluciones son documentos contables, efectivos para pago una vez sean subsanados o conciliados; si bien, la facturación es un proceso operacional que requiere

análisis mental rápido es susceptible a errores, es por ello que existen instancias de respuesta a esas inconsistencias. Una de ellas es la conciliación, donde las partes, cada una por separado, llegan a un acuerdo con representantes a través de un acta.

El proceso de cartera en las entidades cualquiera sea su misión, se crea con el fin de mantener flujo de ingresos constantes en las entidades en doble vía. La facturación garantiza el cobro en la prestación de servicios de salud mientras que el proceso de cartera controla, vigila y mantiene el cobro y pago de la misma, la subsanación de glosas y devoluciones posibles en el actuar de la facturación, además reporta mediante informes la madurez de la misma para la toma de decisiones gerenciales.

Estimados aprendices, sean bienvenidos a desarrollar las actividades correspondientes a este interesante tema.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 Descripción de la(s) Actividad(es): A continuación encontrarán instrucciones claras sobre el desarrollo de la presente “Guía de Aprendizaje 4”.

3.1.1. Actividades de Reflexión Inicial.

A manera de reflexión visualice una situación en la cual pueda dar respuesta a la siguiente pregunta.

· ¿Son cualidades de un Facturador de la prestación del servicio de salud en Colombia: La honestidad, la responsabilidad y la oportunidad? ¿En qué acciones demuestro dichas cualidades?

3.1.2. Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje.

Foro temático: Devolución de facturas.

La Resolución 3047 de 2008 contiene en su anexo 6, el manual de glosas y devoluciones en la facturación de la prestación de servicios de salud en Colombia, dicha resolución fue modificada en el año 2009 por la Resolución 0416 y posteriormente, en el año 2012, por la Resolución 4331 de 2012.

Teniendo en cuenta la lectura de los documentos normativos relacionados en el párrafo anterior, debe diseñar un mapa conceptual donde se resuman los puntos clave a tener en cuenta para no incurrir en glosa o devolución de la factura de atención generada. Comparta este documento en el foro: devolución de facturas, en donde debe comentar por lo menos 2 de los aportes de sus demás compañeros.

3.1.3. Actividades de Apropiación.
Actividad 4 - Evidencia 1. Estudio de caso, glosa en una factura.

La referencia normativa se ha mencionado durante todos los encuentros de aprendizaje, en este momento, se desarrolla en la práctica su consulta y aplicación, específicamente el anexo técnico número 6, denominado manual de glosas y devoluciones, manos a la obra:

La Factura número 3331 del 26 de julio de 2017, fija por una consulta externa en la especialidad de dermatología un valor de $18.800. Esta cifra se radica para cobro ante un responsable de pago.

Esta factura presenta las siguientes características:

1. El documento soporte está sin firma del usuario quien recibió el servicio.
2. No adjunta documento de identificación requerido según el acuerdo de voluntades entre las partes, tampoco hay constancia de verificación de requisitos.
3. Presenta una enmendadura (Probablemente generada por la impresora en el momento de la atención).

Haciendo el papel de facturador, usted debe redactar una glosa que incluya los códigos y conceptos pertinentes. Puede utilizar cualquier formato con la condición primordial que contenga todos los datos mínimos requeridos.

3.1.4. ACTIVIDADES DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO
Actividad 4 - Evidencia 2. Documento: Informe de Cartera.

En la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS, el área de facturación y cartera debe generar reportes con análisis para toma de decisiones que se conviertan en insumos para la junta directiva de la entidad.

Usted como facturador Líder del proceso debe generar un reporte que contenga los siguientes datos, así:

1. Fecha de corte.
2. Información de facturas por cobrar a 30, 60 y 90 días.
3. Información de facturas por pagar a 30, 60 y 90 días.
4. Información consolidada al detalle de las facturas que se consideran de difícil cobro.
5. Información del valor de glosas y devoluciones pendientes de conciliación.

Cada reporte debe contener como mínimo 5 registros ya que estos serán los insumos del documento solicitado como evidencia para análisis en (Junta directiva). Los datos los debe proporcionar usted bajo su experiencia. Lo importante es la presentación, orden y la aplicación de los conocimientos obtenidos durante el desarrollo de este programa.

3.2. **Ambiente Requerido:**
Computador, internet y plataforma "LMS".

3.3. Materiales:
Material de formación 4: Facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Actividad 4 - Evidencia 1. Estudio de caso. Glosa en una factura. **Evidencias de Desempeño y de Producto:** Actividad 4 - Evidencia 2. Documento: Informe de Cartera	Revisa las facturas y documentos contables del proceso de facturación de la prestación de servicios de salud de acuerdo con los procedimientos técnicos.	TÉCNICA: Ejercicio práctico. INSTRUMENTO: Lista de chequeo. TÉCNICA: Formulación de Preguntas. INSTRUMENTO: Rúbrica evaluativa.

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anexos de la historia clínica: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), notas de procedimientos, incapacidades, trámites administrativos y demás documentos que se consideren en el acuerdo de voluntades.

Archivo central: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención.

Archivo de gestión: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco (5) años siguientes a la última atención.

Archivo histórico. Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Auditoria en salud: Proceso mediante el cual se garantiza la prestación del servicio , según acuerdo de voluntades y calidad mínima exigida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

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

Colega: Compañero en un colegio, iglesia, corporación o ejercicio.

Conciliación: Mecanismo de solución de conflictos, en este caso entre el que cobra y paga la prestación del servicio de salud. A través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador. Debe quedar registro de la acción a través de un acta.

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

Equipo de salud: Son los profesionales, técnicos, auxiliares y estudiantes en proceso de formación del área de la salud que realizan la atención directa al usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras en los casos pertinentes y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en su salud.

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

Historia clínica (HC): Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Historia clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Paciente: Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

Registros específicos: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.

Secreto profesional: Es aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El profesional de salud está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

SIMSIS: Sistema de Información para el Manejo de los Servicios Integrales de Salud.

Sistema de información de prestaciones de salud: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución en mención.

SSISDP: Sección de Servicios Integrales de Salud y Desarrollo Psicosocial.

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

RIPS (Registro Individual de la Prestación de Servicio de Salud) provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS).

Igualmente, el objetivo del registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (Prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que, al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.

Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud.* Recuperado de:

http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de agosto de 2008). *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Recuperado de:

www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf
Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012). *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.* Recuperado de: https://actualicese.com/normatividad/2012/12/19/concepto-253916-de-19-12-2012

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015). *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado*. Recuperado de:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=,Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%206%20de%20mayo%20de%202015

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.* Recuperado de:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%2026%20de%20diciembre%20de%202016

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.* Recuperado de:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2011%20de%20abril%20de%202017

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de mayo de 2017). *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%20%2022%20de%20mayo%20de%202017

Ministerio de salud y Protección Social (27 de diciembre de 2000*). Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.* Recuperado de:
www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20salud%20y%20%20Protección%20Social%2027%20de%20diciembre%20de%202000

Ministerio de Salud y Protección Social (23 de marzo de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2023%20de%20marzo%20de%202017

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Claudia Patricia Velásquez Orozco.	Experta temática.	SENA - Distrito Capital- Centro de formación de talento humano en Salud.	**Octubre 2017.**
	Alexandra Báez.	Asesora Pedagógica.	Línea de producción Boyacá.	
	Héctor Salinas Castellanos.	Guionista.		
	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez.	Líder.		

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Se debe indicar el nombre y apellidos de la persona que realizó los ajustes a la guía de aprendizaje.	Se debe indicar el cargo de la persona que realizó los ajustes a la guía de aprendizaje	Se debe indicar la dependencia donde labora la persona realizó los ajustes a la guía de aprendizaje ejemplo: SENA REGIONAL BOYACA - CEDEAGRO	Se debe indicar el día/mes/año en la que se realizaron los ajustes a la guía de aprendizaje.	Se debe especificar cuáles fueron los cambios realizados a la guía.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Facturación de los servicios en Salud

Actividad 4

MATERIAL COMPLEMENTARIO
Estimado Aprendiz, a continuación encontrará el material que complementará la información recibida a través del material de formación correspondiente a la “Actividad 4”. Para acceder, ubíquese sobre el tema deseado, dé clic con el botón derecho del mouse y elija la opción: “Abrir enlace en una pestaña nueva”.

Identificación del instrumento
ABC Transición ADRES
Manual único de glosas, devoluciones y respuestas - Unificación
Decreto número 4747 de 7 de Diciembre de 2007
Ley 1438 de 19 de Enero de 2011
Resolución 3047 de 14 de Agosto de 2008
Resolución 3385 de 11 de Agosto de 2011
Resolución 416 de 18 de Febrero de 2009
Resolución 4331 de 19 de Diciembre de 2012