



PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Técnico en Apoyo Administrativo en salud
- **Código del Programa de Formación:** 134507
- **Nombre del Proyecto** (si es formación Titulada) Desarrollo de competencias para el apoyo administrativo en salud
- **Fase del Proyecto** (si es formación Titulada) Fase III
- **Actividad de Proyecto**(si es formación Titulada) Proponer estrategias que faciliten el acceso de los usuarios a los servicios de salud a partir de las relaciones entre prestadores y aseguradores.
- **Competencia:**
 - ✓ Admitir personas al servicio según normativa de salud
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
 - ✓ Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normativa legal vigente
 - ✓ Tramitar la admisión de la persona a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normativa legal vigente
 - ✓ Tramitar la información de la persona admitida de acuerdo con normativa, políticas institucionales, acuerdos contractuales y códigos éticos vigentes
 - ✓ Implementar planes de mejoramiento en los procesos administrativos de admisión según hallazgos, delegación, protocolos institucionales y normativa vigente.
- **Duración de la Guía:** 424 Horas, incluye teoría y práctica

2. PRESENTACIÓN

Conociendo y apropiando ya las bases normativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, trabajadas hasta el momento, es necesario contar con el componente de Admisión de los usuarios entendida esta como: la unidad encargada de la gestión, organización y verificación de los soportes para la prestación de servicios y tecnologías contenidos en el plan de beneficios así como de la información que éstos generan.

Durante la admisión se realizan 3 funciones principales:

La gestión de pacientes centrada en el flujo de pacientes por los distintos servicios que los prestadores de servicios de salud ofrecen a partir de los requerimientos de los pacientes.

La gestión de la documentación clínica, como responsable de la organización y gestión de toda la información clínica generada a lo largo de los procesos asistenciales del paciente, donde se generan los soportes de la atención.

El sistema de información asistencial, enfocado principalmente en el registro de los servicios prestados, autorizados al igual que los datos relacionados con el ente pagador y la identificación del usuario.

Por ser un componente clave dentro del proceso de facturación, cobro y recaudo, las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, prestan especial atención a esta área desde el cumplimiento de las normas vigentes hasta la garantía de que existen los soportes suficientes para el cobro y recaudo de



los mismos. Por lo anterior le invitamos a desarrollar las siguientes actividades que le permitirán apropiarse los conceptos necesarios para comprender la admisión como proceso para la prestación de los servicios de salud según portafolio institucional y normativa vigente.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

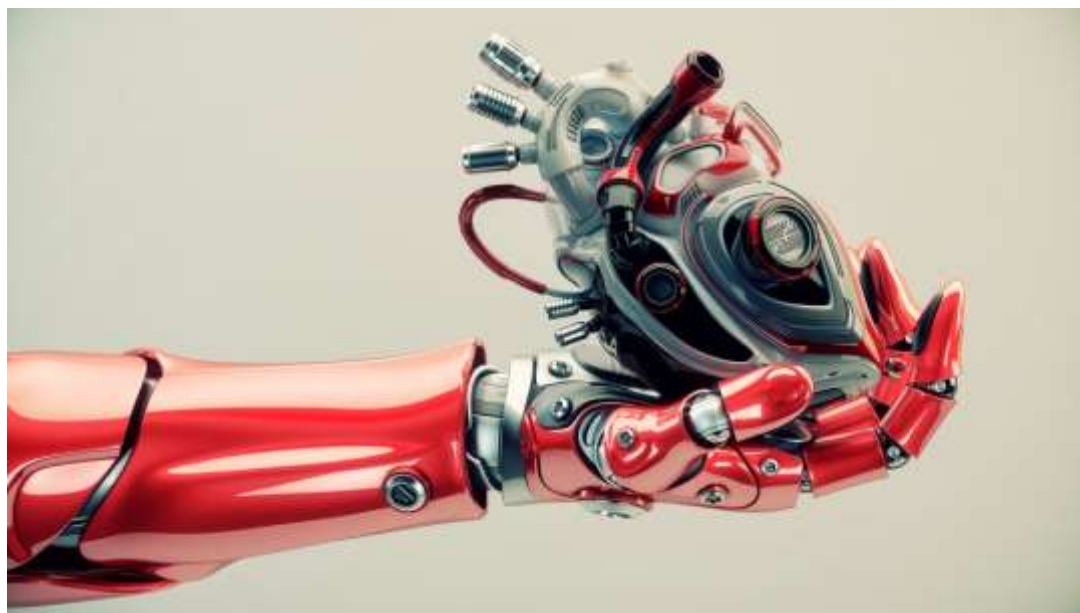
- 3.1 De acuerdo con las disposiciones del Sistema de la Protección Social, “las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del servicio, a través de su red de prestadores de servicios de salud”, (Resolución 5857 de 2018, artículo 9). Por lo anterior el conocimiento de los planes de beneficios para el técnico en apoyo administrativo en salud, es de vital importancia, ya que le permitirá la identificación de entidades responsables de pago y el conocimiento pleno de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en el plan de beneficios, a partir de normas vigentes.

Por lo anterior lo invitamos a realizar un recorrido por la página web <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx> en compañía del equipo de instructores. Durante el recorrido encontrará el acto administrativo que contiene las coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y los anexos de medicamentos y procedimientos que soportan la actualización vigente. Con la información allí contenida y el apoyo del equipo de instructores, organizan grupos de trabajo para revisar y posteriormente socializar en plenaria de grupo las siguientes asignaciones:

- Grupo No. 1: Normativa vigente sobre exclusiones en el plan de beneficios
- Grupo No. 2: Plan de beneficios actualizado
- Grupo No. 3: Unidad de pago por capitación
- Grupo No. 4: CUPS actualizado
- Grupo No. 5: Valores máximos para el reconocimiento de Tecnologías NO financiadas
- Grupo No. 6: Comparadores administrativos para medicamentos no financiados con recursos de la UPC

Una vez revisen la información y con el apoyo del equipo de instructores, organicen una presentación que recoja los aspectos más significativos del plan de beneficios en salud y compartan en plenaria de grupo.

- 3.2 En forma posterior, los aprendices diseñan una tabla que resuma los contenidos del plan de beneficios en los componentes de promoción y prevención, recuperación de la salud, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos, salud mental, atención paliativa al igual que las atenciones diferencial y diferenciada en los cursos de vida que plantea la norma. Así mismo, incluya el traslado de pacientes y los eventos y servicios de alto costo. No olvide revisar el glosario de términos y observar el video denominado el POS cambio, ubicado en la página web <https://www.youtube.com/watch?v=2vLXOovkBgw>. Con el apoyo del equipo de instructores cada aprendiz socializa la tabla construida, aclaran dudas sobre el tema y unifican entre todos una sola tabla que contenga todo lo que se debe saber frente a los contenidos del plan de beneficios.
- 3.3 Después de revisar los contenidos del plan de beneficios en salud, observe la siguiente figura y trate de establecer alguna relación, la cual compartirá en plenaria de grupo con el apoyo del equipo de instructores.



Fuente: <https://consultorsalud.com/conozca-los-servicios-que-cubre-la-upc-en-el-2020-resolucion-3512-de-2019/>

- 3.4 El reconocimiento y manejo de la documentación propia del proceso de admisión a los servicios de salud en Colombia es de gran importancia, para el técnico en apoyo administrativo en salud. Entonces, se hace necesario conocer el manejo de la historia clínica, su referente legal y otros conceptos de la misma, los cuales intervienen en el ciclo de atención. Por lo anterior participe en la presentación magistral que realiza el equipo de instructores sobre la historia clínica y su manejo <https://slideplayer.es/slide/4306393/> . Con base en la presentación, construya una historia clínica que contenga los diferentes formatos registrados en la norma y los datos mínimos de identificación que se recogen durante la apertura. Cada formato que construya debe contener la definición del mismo y los registros que allí se consignan. Presente en plenaria de grupo la propuesta de historia clínica y aclaren dudas con el equipo de instructores.
- 3.5 Después de revisada la historia clínica, participe en la presentación magistral sobre el sistema de referencia y contraferencia, todo el equipo de aprendices construye una presentación en power point donde describen la red de prestadores que conforma el sistema de referencia y contrareferencia del Deartamento donde vive, identificando los diferentes niveles de complejidad de la atención en salud. Esta actividad debe ser sustentada en plenaria de grupo, siguiendo las indicaciones del equipo de instructores.
- 3.6 Participe activamente en la presentación magistral que realiza el equipo de instructores denominada Proceso de admisión en salud y resuelva el **taller No. 1 denominado Relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud en el modelo de aseguramiento**. El producto del taller lo presenta en plenaria de grupo, previa revisión aprobación del equipo de instructores. Así mismo la evidencia se debe ubicar en el espacio virtual definido para las evidencias del aprendizaje.
- 3.7 Con base en las actividades realizadas hasta el momento, diseñe una ruta que describa el paso a paso para garantizar el acceso a los servicios de salud de los siguientes tipos de usuarios:
 - Grupo No. 1: Cotizantes y beneficiarios del Régimen contributivo
 - Grupo No. 2: Beneficiarios del Régimen subsidiado
 - Grupo No. 3: Víctimas de accidente de tránsito con y sin póliza



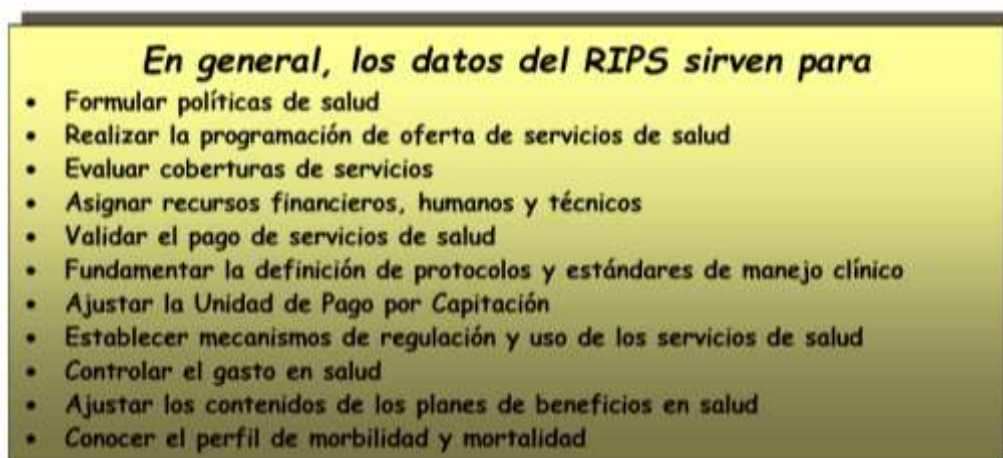
Grupo No. 4: Usuarios que ingresan por accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral

Grupo No. 5: Víctimas de eventos catastróficos naturales o terroristas

Grupo No. 6: Usuarios de pólizas estudiantiles, medicina prepagada, población del INPEC.

Recuerde incluir por cada tipo de usuariola comprobación de derechos y los soportes para la atención en salud. Una vez este construida la ruta, se socializa en plenaria de grupo siguiendo las instrucciones del equipo de instructores.

- 3.8 En compañía del equipo de instructores, realicen la lectura de los documentos que establecen los lineamientos técnicos para la transferencia de los RIPS de IPS a EAPB y de EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social, y participe activamente en el conversatorio sobre la importancia de la calidad del dato para la información en salud. Durante el conversatorio realice preguntas para lograr que le queda claro los tipos de datos (Datos de identificación, Datos del servicio, Datos del motivo de la atención, Datos del valor). Posterior a las lecturas y el conversatorio, explique con sus palabras el significado de cada uno de los puntos contenidos en la siguiente imagen:



- 3.9 Con la ayuda del material de apoyo trabajado en el numeral anterior, resuelva el estudio de caso que le asigne el equipo de instructores y sustente en plenaria de grupo, buscando aclarar dudas e inquietudes a cerca de la importancia y uso de los RIPS.
- 3.10 Resuelva el cuestionario que le entregará el equipo de instructores a partir de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de estas actividades
- 3.11 Para finalizar, tenga en cuenta las recomendaciones que le imparte el equipo de instructores para realizar la segunda parte de las prácticas formativas, las cuales se realizarán a través del **taller No. 2 denominado Estrategias para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud.**

4. **AMBIENTE REQUERIDO:** Ambiente convencional, sala de sistemas, biblioteca, entidades de salud con convenio docente asistencial

5. **MATERIALES:**

- Computadores
- Impresora lasser



- Acceso a internet
- Papel Kraft pliego
- Marcadores permanentes
- Marcadores borrables
- Portaminas 0.7
- Repuesto portaminas 0.7
- Resma de papel
- Cuaderno argollado grande
- Bolígrafos

6. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
<p>Evidencias de Conocimiento :</p> <p>Resuelva el cuestionario que le entregará el equipo de instructores a partir de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de estas actividades</p> <p>Evidencias de Desempeño</p> <p>Proponer estrategias que faciliten el acceso de los usuarios a los servicios de salud a partir de las relaciones entre prestadores y aseguradores, durante la práctica de la etapa lectiva.</p> <p>Evidencias de Producto:</p> <p>Desarrollo de las actividades propuestas en la guía contenidas en la lista de frecuencias de trabajo colaborativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. - presenta portafolio de servicios según lineamientos institucionales. - direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente. - identifica la red de prestación de servicios y los convenios inter-institucionales según requerimiento. - divulga los derechos y deberes del paciente, del trabajador y del empleador en los sistemas generales de seguridad social en salud y riesgos profesionales según normativa vigente y protocolo i direcciona a la población en el trámite a seguir en el servicio no incluidos en los planes de beneficio según normativa vigente. - interactúa con las personas y cumple con protocolos de atención de acuerdo con política de servicio. 	<p>Técnica: Formulación de preguntas.</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Técnica: Observación directa</p> <p>Instrumento: Lista de chequeo del desempeño</p> <p>Técnica: Desarrollo de actividades colaborativas</p> <p>Instrumento: Lista de chequeo frecuencias trabajo colaborativo.</p>



	<ul style="list-style-type: none">- identifica los roles de los prestadores y aseguradores en el acceso a los servicios de salud según normativa vigente.- identifica en todos los eventos al responsable(s) del pago por los servicios de salud prestados según normativa vigente y acuerdo de v relaciona la clasificación internacional de enfermedades 10 revisiones (cie-10) y la clasificación única de procedimientos en salud (cups), en el diligenciamiento de los registros acorde con la política institucional.- organiza los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro según acuerdo de voluntades y .política institucional.- diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normativa vigente.- actualiza la historia clínica y cumple con protocolos y normativa de salud.- ubica la historia clínica según tipo de archivo, normativa vigente y protocolo institucional.- emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional. <p>voluntades.nstitucional.</p> <ul style="list-style-type: none">- realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades.- comprueba que los requisitos de admisión cumplan con protocolos teniendo en cuenta normativa de salud.	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none">- cumple con procedimientos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión del usuario según lineamientos normativos.- solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normativa legal y acuerdo de voluntades.	
--	---	--

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Admisión: conjunto de actividades que se realizan cuando el usuario ingresa a una institución de salud, para la prestación de un servicio. **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía (Fiducia)

Cuota moderadora: Es la suma que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden. Su objetivo es regular y estimular el buen uso del servicio de salud.

Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios y del recaudo de las cotizaciones. Deben organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados y de girar al FOSYGA, dentro de los términos de ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC.

ESE (Empresa Social del Estado): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía): Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, a través de la cual se manejan los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se compone de cuatro subcuentas.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

Régimen Subsidiado: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el



propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

Regímenes de Excepción: Son los sistemas de salud, que por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

TRIAGE: El Triage es la clasificación que se realiza de los pacientes con base a su grado de urgencia. Existen 4 tipos de clasificación así:

TRIAGE I: Pacientes que presentan una situación que amenaza o pone en riesgo la vida. Se atiende inmediatamente.

TRIAGE II: Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. Puede complicarse en cualquier momento. Promedio de espera para la atención 12 horas

TRIAGE III: – Pacientes que presentan un problema de salud que no compromete la integridad del paciente. No es una urgencia. Incluye condiciones de riesgo que ameritan atención médica prioritaria. Promedio de espera para la atención hasta 6 horas.

TRIAGE IV URGENCIA VITAL: NO URGENTE. Paciente con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica. Debe ser remitido a consulta externa. Se deben atender máximo en 72 horas.

URGENCIA VITAL: La urgencia es una alteración en el cuerpo o en la mente que pone en riesgo el bienestar o la vida de una persona y que amerita la atención apremiante de un equipo de salud con el fin de conservar esta y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. En la urgencia vital, se entiende que la vida del paciente corre riesgo o bien la posibilidad que se produzca una secuela funcional de gravedad.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD – RIPS -: El 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

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: Es la entidad responsable de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definida en la normatividad vigente, EPSC, EPSS, Entes territoriales, entidades de régimen especial.

PROCEDIMIENTO: Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de la enfermedad.

PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO: Operación manual y/o instrumental incruenta con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual no se realiza maniobra de las que caracterizan a la cirugía. Es equivalente a “tratamiento médico”, es decir, por cualquier método distinto de la cirugía.



PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: Operación instrumental cruenta que se practica con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual se realiza alguna o varias de las maniobras que son características de la cirugía, como incidir, suturar, extirpar o modificar algún tejido u órgano del cuerpo humano.

TRATAMIENTO: Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología.

INTERCONSULTA: Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.

REMISIÓN: Es el procedimiento administrativo y asistencial mediante el cual se refiere un paciente o elemento de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud a otro, para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con su nivel de resolución dé respuestas a las necesidades de salud, con la consiguiente transferencia de responsabilidad en el manejo, teniendo en cuenta el diseño, organización y documentación del proceso de referencia definido por la empresa promotora de salud.

CONTRAREFERENCIA: Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptoras de la referencia, dan a la institución remitora. La respuesta es la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora y el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

APARATOS ORTOPEDICOS: Elementos usados por el paciente afectado por una disfunción, discapacidad o minusvalía, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema neuromuscular y esquelético, y se dividen en prótesis y ortesis.

MATERIAL DE CURACION: Son los suministros, que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

MATERIAL Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS: Son los elementos usados en el paciente, reutilizables o desechables, para la práctica de actividades, procedimientos e intervenciones en salud.

ORTESIS: Aparatos ortopédicos, desechables o reutilizables, utilizados externamente con el propósito de proveer soporte a un segmento corporal o mejorar, limitar, complementar o suplir una o varias funciones del sistema neuromuscular y esquelético.

PROTESIS: Son aquellos aparatos cuya función es la de reemplazar una parte anatómica ausente de la persona.

SOAT: Es un seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transitan por el territorio nacional, incluidos los automotores extranjeros en tránsito, que ampara los daños corporales que se causen a las personas en un accidente de tránsito.

CUOTA MODERADORA: Es un aporte en dinero que efectúa el afiliado al régimen contributivo, al utilizar los servicios ofrecidos por el Plan Obligatorio de Salud, a fin de moderar el uso de los mismos.

COPAGO: Corresponde a una parte del valor del servicio cubierto por el POS y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud. Se aplica única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.



CUOTA DE RECUPERACIÓN: Es el dinero que debe pagar directamente a la IPS el usuario sisbenizado pero no afiliado al régimen subsidiado, las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciben atenciones por servicios no incluidos en el POS.

8. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Congreso de Colombia. (09 de enero de 2007). Artículos 13 y 44. Se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007] DO: 46.506. El Congreso.

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) Artículo 6 Capítulo II, Artículo 20 y 21 capítulo IV. 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. [Decreto 4747 de 2007]. DO: 46.835. El Ministerio.

Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). Artículo 56 y 57. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011]. DO: 47.957. El Congreso.

Ministerio de Salud y protección social. (05 de agosto de 1994) Artículos 99 y 100. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Resolución 5261 de 1994] DO: 43.351. El Ministerio.

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. [Resolución 3047 de 2008]. DO: 47.272. El ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de febrero de 2009) Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. [Resolución 416 de 2009]. DO: 47.272. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de mayo de 2015) Establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de los Departamentos y Distritos a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, Privados o Mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS. [Resolución 1479 de 2015]. DO: 49.504. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de diciembre de 2012) Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009. [Resolución 4331 de 2012]. DO: 48.651. El ministerio.

Departamento Administrativo de la Función Pública. Artículos 111-115 y 120. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. [Decreto ley 019 de 2012] DO: 48.308. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45322>



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. [Resolución 3374 de 2000]. DO: 44.276. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. 28 de Abril de 2014) Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación. [Resolución 1531 de 2014]. DO: 49.137. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de Abril de 2014) contratación de actividades de promoción y prevención por capitación. [Circular externa 020 de 2014]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular-Externa-0020-de-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de enero de 2015) Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). [Decreto 056 de 2015] DO: 49.394. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de noviembre de 2015) Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS. [Resolución 4678 de 2015]. DO: 49.714. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de abril de 2016) Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS. Resolución 1352 de 2016]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/actualizacion-cups-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de Diciembre de 2016). "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2". [Resolución 5975 de 2016] DO: 50.081. El Ministerio.

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). [Resolución 6408 de 2016] DO: 50.100. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de diciembre 2016) Por la cual se establecen las condiciones, términos y fechas para la aclaración de cuentas y saneamiento contable entre Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. [Resolución 6066 de 2016]. DO: 50.085. El Ministerio.

9. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Estrella Izquierdo Alzate	Instructora	CGTS- Regional Valle	04-03-2020
	Gina Villate Calderon	Instructora	CFTHS _ Distrito capital	



	Carlos Andres Marín Nieto	Instructor	Centro de Servicios de salud Regional Antioquia	
--	---------------------------	------------	---	--

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)		Instructor	TAAS		