

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD
- **Código del Programa de Formación:** 134507

- **Nombre del Proyecto:** Planes de mejora para los procesos de apoyo en la administración en salud.

- **Fase del Proyecto:** PLANEACION

- **Actividad de Proyecto:** Comprender las relaciones entre prestadores y aseguradores en salud, la dinámica de los procesos de facturación en la liquidación de las cuentas y la admisión del usuario con los soportes requeridos.
- **Competencia:**
 1. Facturar los servicios de salud prestados según pagador, tipo de contratación y normativa vigente.
 2. Admisión para la prestación de los servicios de salud según portafolio institucional y normativa vigente.
 3. Promover la interacción idónea consigo mismo, con los demás y con la naturaleza en los contextos laboral y social
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
 1. Realizar la liquidación de los servicios de salud prestados en el aplicativo de facturación según normatividad vigente y protocolos institucionales.
 2. Identificar en los registros clínicos los servicios asistenciales susceptibles de cobro de acuerdo con manuales tarifarios contratados y acuerdos establecidos.
 3. Verificar que la liquidación realizada cumpla con el procedimiento establecido para cada caso según el manual tarifario contratado y responsables del pago.

4. Realizar admisión de la persona a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normatividad legal vigente.
5. Tramitar la información de la persona admitida de acuerdo con normatividad, políticas institucionales, acuerdos contractuales y códigos éticos vigentes.
6. Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normatividad legal vigente.
7. Desarrollar procesos comunicativos eficaces y asertivos dentro de criterios de racionalidad que posibiliten la convivencia, el establecimiento de acuerdos, la construcción colectiva del conocimiento y la resolución de problemas de carácter productivo y social.
8. Asumir actitudes críticas, argumentativas y propositivas en función de la resolución de problemas de carácter productivo y social.
9. Identificar las oportunidades que el SENA ofrece en el marco de la formación profesional de acuerdo con el contexto nacional e internacional.
10. Generar hábitos saludables en su estilo de vida para garantizar la prevención de riesgos ocupacionales de acuerdo con el diagnóstico de su condición física individual y la naturaleza y complejidad de su desempeño laboral.

- **Duración de la Guía:** 464 horas.

2. PRESENTACIÓN

Los servicios de salud son entregados a los usuarios cuando estos lo requieren, según el riesgo que genera la necesidad de atención. Así mismo, las entidades aseguradoras deben establecer acuerdos de voluntades con los prestadores para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios lo que genera un proceso de venta de servicios de salud, y tanto el acuerdo de voluntades como el proceso de facturación y atención a los usuarios está establecido en normas generadas desde el Ministerio de Salud y Protección social, lo que implica reconocer el marco normativo de estos procesos para garantizar la implementación como parte del proceso administrativo de la atención en salud.

El propósito de esta guía es que los aprendices logren reconocer la ejecución de los procesos de apoyo administrativo en salud en instituciones del sector, aplicando los conocimientos técnicos propuestos en las normas vigentes para hacer parte integral de los procesos y procedimientos

administrativos de Afiliación, Admisiones, atención al usuario y Facturación en las instituciones del sector. Por todo lo anterior lo invitamos a desarrollar las siguientes actividades. *(Máximo 10 renglones)*

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- **Descripción de la(s) Actividad(es):**
- **Ambiente Requerido:** Aula regular con adecuadas condiciones de higiene y seguridad ocupacional.
- **Materiales:** Lapiceros, Lápices, Borradores, Marcadores, Almohadillas, Papel periódico, Resaltadores, Internet y Fotocopias.

3.1 Reflexionemos sobre nuestras experiencias en salud.

3.1.1 Con el apoyo del instructor realicen una mesa redonda donde cada aprendiz describe el último evento en salud que le obligó a asistir a un prestador de servicios. Durante la descripción, identifique como le realizaron el proceso de admisión, que documentos le solicitaron, identifique si le entregaron una factura o una orden de servicios, cuanto le cobraron y porque concepto, que servicios le prestaron y si tuvo la oportunidad de revisar la historia clínica.

Producto del ejercicio anterior, organicen grupos de trabajo para que realicen un diagrama de flujo del proceso asignado, a partir de los conocimientos que cada uno tenga, así:

Grupo No. 1 Proceso de facturación

Grupo No. 2 Proceso de admisiones

Grupo No. 3 proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU

Grupo No. 4 proceso de afiliación a Salud.

El diagrama de flujo asignado debe ser sustentado en plenaria de grupo argumentando desde las experiencias narradas por todos.

3.2 Que conozco de mi sistema de salud en Colombia?

3.2.1 Cada aprendiz revisa su condición de aseguramiento y establece cuál es su ente asegurador y cuál es la red de prestadores de servicios de salud a la cual puede acceder, según nivel de complejidad de la atención en salud, cuando lo requiera. Producto de este ejercicio, participe en el foro virtual denominado ¿Comprendo cómo acceder a los servicios de salud en Colombia?

3.3 Reconociendo el Sistema de Salud en Colombia

3.2 **ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA LIQUIDACION DE SERVICIOS EN SALUD.** “Pautas para la liquidación de cuentas con manuales tarifarios ISS 2001 “Acuerdo 256 de 2001” y manual SOAT “Decreto 2423 de 1996”.

- 3.2.1 En el tiempo del aprendizaje autónomo realice la lectura de los manuales tarifarios (Acuerdo 256 de 2001 y Decreto 2423 de 1996) haciendo especial énfasis en los aspectos generales y fundamentales.
- 3.2.2 Posteriormente conformar grupos de trabajo, cada grupo con el apoyo del equipo de instructores, debe diseñar una estrategia para socializar y compartir con sus compañeros el manual tarifario que asigne el instructor, sobre:
- Grupo No. 1 Liquidación de intervenciones quirúrgicas y procedimientos.
 - Grupo No. 2 Liquidación de exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos (atención inicial de urgencias).
 - Grupo No. 3 Estancias.
 - Grupo No. 4 Servicios profesionales quirúrgicos y no quirúrgicos.
- 3.2.3 A partir de la socialización del punto anterior, cada aprendiz en forma individual resuelve los estudios de casos de acuerdo a las indicaciones y los formatos que el instructor entregara y durante los encuentros presenciales, presenta avances, realiza preguntas, aclara dudas e inquietudes que le surjan. En forma posterior y cuando considere que los casos se encuentran listos para socializar, organice una presentación tipo taller, donde comparte sus experiencias durante la liquidación, con el resto de compañeros, liquidación que debe ser presentada con el manual tarifario ISS 2001 y el Decreto 2423 de 1996.
- 3.2.4 De forma grupal realice un cuadro comparativo donde demuestren como mínimo treinta (30) diferencias en la estructura entre el manual tarifario Acuerdo 256 de 2001 y Decreto 2423 de 1996, luego de forma individual reflexiona en torno a lo visto y comparte tus apreciaciones con el resto del grupo, por ultimo deben de subir los estudios de caso desarrollados en el numeral 3.4.3 de esta guía en la plataforma blackboard de acuerdo a las indicaciones que entregue el grupo de instructores.
- 3.3.1 Con el apoyo del equipo de instructores, los aprendices revisan la página web de la EPS a la cual se encuentran afiliados; allí debe confrontar la información que trabajo en el punto anterior y establecer si conoce toda la red de prestadores a la cual tiene acceso. En forma posterior, complete la información y establezca el inventario total de prestadores de su ente asegurador, clasificado por nivel de complejidad estableciendo que tipo de servicios de salud presta.
- 3.3.2 A partir de la revisión que realiza cada aprendiz en la web del ente asegurador, organice una presentación donde dé a conocer las ventajas y bondades que tiene el ente asegurador, el portafolio de servicios, la red de prestadores, la carta de derechos, los mecanismos de comunicación y atención a los usuarios.

3.3.3 Concerten con el equipo de instructores que le acompañan, cuales entidades aseguradoras y cuales prestadores de servicios de salud, pueden seleccionar para realizar un trabajo de campo que les permita reconocer los mecanismos de atención al usuario, el proceso de admisiones y facturación, así como el proceso de afiliación del ente asegurador seleccionado. Tenga en cuenta el seminario investigativo que se realizó durante la fase de análisis y la revisión documental para la preparación del mismo, con el fin de establecer en forma previa los referentes normativos de cada uno de los procesos.

3.3.4 Con el apoyo de los instructores, construyan una lista de chequeo para los procesos de admisiones y facturación, Atención al usuario desde las funciones del SIAU así como el proceso de afiliación en la EPS, según los criterios que consideren deben cumplir a partir de las normas revisadas. Aplique la lista de chequeo en las entidades que fueron seleccionadas, previa gestión de autorización para la participación de los aprendices. Este trabajo de campo es direccionado por el equipo de instructores, quienes le realizarán las recomendaciones necesarias para asistir a la visita, y los mecanismos y rutas para acceder a la información y a las personas que les permita aplicar la lista de chequeo.

3.3.5 Una vez estén diligenciadas las listas de chequeo, los aprendices se reúnen por grupos y consolidan la información de la siguiente manera:

Grupo No. 1 Información relacionada con el proceso de admisiones

Grupo No. 2 Información relacionada con el proceso de facturación en IPS

Grupo No. 3 Información relacionada con el proceso de facturación en EPS

Grupo No. 4 Información relacionada con el SIAU en la EPS

Grupo No. 5 Información relacionada con el SIAU en la IPS

Grupo No. 6 Información relacionada con el proceso de Afiliación.

Presenten la información consolidada en plenaria de grupo siguiendo las indicaciones del equipo de instructores. Tenga en cuenta que el referente para comparar los resultados de la aplicación de la lista de chequeo son las normas vigentes de cada proceso. Durante la sustentación aclare dudas y realice preguntas que aporten a la apropiación del conocimiento.

3.3.6 Para continuar nuestro proceso de aprendizaje, el equipo de instructores le entregará estudios de caso a los aprendices para organizar equipos de trabajo y resolver según el tipo de usuario asignado. Durante la resolución de los casos, tenga en cuenta el uso de manuales tarifarios, las reglas establecidas por los instructores como acuerdos de voluntades entre prestadores y aseguradores, los trámites que soportan cada caso según las normas vigentes revisadas hasta el momento, los soportes que deben construir para cada caso. Tenga en cuenta que los casos relacionados con prestación de servicios de salud, debe anexar desde la admisión hasta la facturación, y los casos relacionados con procesos de afiliación debe anexar todo el proceso, los soportes y el pago de seguridad social según la descripción de los casos. Los equipos se conforman según cada caso así:

Grupo No. 1 Estudio de caso relacionado con víctimas de accidentes de tránsito en jornada laboral y eventos catastróficos.

Grupo No. 2 Estudio de caso relacionado con Prestación de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, de usuarios del régimen contributivo (cotizantes y beneficiarios), régimen subsidiado y población pobre no asegurada.

Grupo No. 3 Afiliación de una persona con su grupo familiar primario al Régimen contributivo y reporte de novedades. Incluye pago de aportes.

Grupo No 4 Afiliación de una comunidad con diversas condiciones de vulnerabilidad al régimen subsidiado. Incluye movilidad y portabilidad.

En forma semanal cada grupo debe evidenciar los avances en la construcción de cada caso, incluyendo la elaboración de los soportes que considere según las normas vigentes. Apóyese en el equipo de instructores para que aclare dudas e inquietudes que surjan durante el trabajo que están realizando.

Para finalizar construyan un cronograma donde evidencien como y cuando sustenta cada grupo el caso resuelto con los soportes que considere pertinentes. En forma posterior a la sustentación, realicen los ajustes que sugieran los instructores y coevaluadores que participen, y ubiquen las evidencias (pueden ser en formato digital o escaneadas) en el enlace que se cree para tal fin.

3.3.7 En compañía del equipo de instructores revisen la programación y las rotaciones que realizarán según el plan de prácticas y rotación, al igual que las entidades y áreas donde realizarán las prácticas relacionadas con las funciones de Afiliación, facturación, admisión y atención al usuario. Tenga en cuenta las recomendaciones que le hacen tanto en la inducción a la práctica que realiza en equipo de instructores, como la inducción que programa cada entidad en forma previa al inicio de la práctica. Recuerde que cada entidad tiene su propio portafolio de servicios y sus propias normas institucionales las cuales no puede olvidar ni desconocer. Recuerde llevar todos los días a la práctica las listas de chequeo que le asigne el instructor para evaluar la rotación.

3.4 Evidenciando mis aprendizajes

3.4.1 Producto de la práctica, cada aprendiz entrega un informe que describa las funciones en las que participó, las áreas y entidades donde realizó rotaciones, los aspectos positivos y los aspectos negativos de cada rotación. Con la experiencia de las rotaciones y las normas vigentes trabajadas en cada proceso, al finalizar el informe se debe anexar un diagrama de flujo de los procesos donde participó en el formato que le suministra el equipo de instructores.

Sustente en plenaria de grupo el informe de la rotación y posterior a los ajustes y correcciones que le sugiera el equipo de instructores, ubique en la plataforma virtual en el espacio donde se encuentre el enlace para la evidencia.

3.4.2 Posterior a las sustentaciones, responda el cuestionario que le entrega el equipo de instructores.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia la técnica e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
<p>Evidencias de Conocimiento :</p> <p>Actividad No. 1 Responde a preguntas técnicas relacionadas con las temáticas abordadas en la guía.</p> <p>Evidencias de Desempeño:</p> <p>Actividad No. 1 Participación activa y oportuna durante el desarrollo de los estudios de caso.</p> <p>Actividad No. 2 Participación en las prácticas institucionales en las funciones propias de la formación.</p> <p>Evidencias de Producto:</p> <p>Actividad No. 1 informe que describa las funciones en las que participó durante la práctica, las áreas y entidades donde realizó rotaciones, los aspectos positivos y los aspectos negativos de cada rotación y los diagramas de flujo de los procesos relacionados con las funciones de la formación.</p>	<p>Reconoce el manual tarifario a aplicar según el acuerdo de voluntades y tipo de servicios a prestar de acuerdo a políticas institucionales.</p> <p>Realiza la liquidación de los servicios de salud a la persona según acuerdo de voluntades y el responsable del pago.</p> <p>Identifica la terminología médica, manejo de sufijos y prefijos aplicados al proceso de facturación y manuales tarifarios.</p> <p>Identifica los roles de los prestadores y aseguradores en el acceso a los servicios de salud según políticas institucionales.</p> <p>Reconoce el tipo de prestador de acuerdo a la atención que requiera la persona dentro del sistema de salud según acuerdo de voluntades.</p> <p>Clasifica a la persona en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador y responsable de pago según políticas institucionales.</p> <p>Participa en los procesos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión de la</p>	<p>Técnica: Formulación de preguntas. Instrumento: cuestionario</p> <p>Técnica: Estudio de caso Instrumento: Lista de chequeo frecuencias de trabajo colaborativo</p> <p>Técnica: Observación directa Instrumento: Lista de chequeo de observación en práctica</p> <p>Técnica: Elaboración de informes Instrumento: Lista de chequeo del informe</p>

	<p>persona de acuerdo a directrices institucionales.</p> <p>Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normatividad legal y acuerdo de voluntades.</p> <p>Brinda información a la persona de los posibles pagos compartidos a realizar de acuerdo a políticas y normatividad vigente.</p> <p>Participa en el proceso de auditoría de las cuentas y detección de fallas en el proceso para su solución de acuerdo a las políticas institucionales y acuerdo de voluntades.</p> <p>Reconoce y oferta el portafolio de servicios según lineamientos institucionales.</p> <p>Realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades.</p> <p>Emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional.</p> <p>Diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normatividad vigente.</p> <p>Organiza los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro según política institucional y acuerdo de voluntades.</p> <p>Diligencia formatos registro individual de prestaciones de servicios de salud según política institucional.</p>	
--	---	--

	<p>Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normatividad legal y acuerdo de voluntades.</p> <p>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 normatividad vigente y protocolo institucional.</p>	
--	--	--

5. 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 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.

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.

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

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.

- 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. (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.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Estrella Izquierdo	Instructora	CGTS - Valle	
Autor (es)	Jesús Antonio Sandoval	Instructor	CGTS - Valle	

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

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					