No. S-2020-002825 / AREAD-GRUCO 17.2

Envigado, 27/11/2020

Señor
ANDRES ANGEL BOTERO
AURORA CENTRO ESPECIALIZADO EN CANCER DE PIEL
Carrera 46·7-12
Teléfono 034 4443537
Medellin-Antioquia

Asunto: Aceptación Oferta proceso **PN RASES 6 MIC 267-2020**

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted, el pasado 19/11/2020, dentro del proceso **PN RASES 6 MIC 267-2020**, cuyo objeto es **"Actividades de Alto Costo para el apoyo diagnostico y terapéutico para el manejo de lesiones en piel de origen oncológico, en la que se generan actividades en forma ambulatorias que requieran los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6"** por la suma de OCHENTA Y SIETE MILLONES PESOS MONEDA LEGAL **($87.000.000,00)** distribuidos de la siguiente manera: $1.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2020 y $86.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2021, ha sido aceptada por esta Unidad, así:

No. CONTRATO	**65-7-20089-20**
CONTRATANTE	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 6 NIT. 811.032.059-3
ORDENADOR DEL GASTO	Teniente Coronel OCTAVIO OLAYA USECHE
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	79.953.346 de Bogotá D.C
CARGO	Jefe Regional De Aseguramiento En Salud No. 6
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna No. 122 del 03/08/2020
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución 00277 del 27/01/2020
CONTRATISTA	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**: AURORA CENTRO ESPECIALIZADO EN CANCER DE PIEL **NIT:** 900.558.506-5 **REPRESENTANTE LEGAL:** ANDRES ANGEL BOTERO

	C.C. No. 89.008.775 de Armenia-Quindio **DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL:** Carrera 46·7-12 **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Medellin-Antioquia **TELÉFONO:** 034 4443537 **E-mail:** gerencia@clinicaaurora.co
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El Supervisor del presente contrato será el Líder Referencia y Contrarreferencia, o quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15/01/2018 y/o demás que la modifique o adicione.
FORMA DE PAGO	En atención a lo descrito en la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas del 18/05/2020 DISAN 1AR - GU - 0002, que a la letra dice: **RADICACION Y OBLIGACION DE CUENTAS MEDICAS** Previo cumplimiento al literal 1.1.3, las facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de preradicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes: • Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya. • Certificación aportes parafiscales. • Demás soportes solicitados en el contrato – cláusula "Forma de Pago". Adicionalmente, se deberá solicitar los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS: • Formato de información a terceros. • Certificación bancaria. • Fotocopia del RUT. • Fotocopia cédula representante legal. • Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad de Sanidad. • Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008. El pago se realizará en moneda legal colombiana, **en forma mensual,** dentro de los sesenta días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el supervisor del contrato, con los documentos requeridos por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC). **DE ACUERDO CON EL INSTRUCTIVO 013 DEL 040613 DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, SE APLICARÁ LAS SIGUIENTES PRECISIONES:** **COMPONENTE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS**

RECIBIR FACTURA, RESPUESTA A GLOSA O DEVOLUCION DEL PRESTADOR.

La ventanilla única de cuentas, recepciona las facturas que el prestador de servicios de salud, envía mediante oficio en el que especifique la cuantía total de los servicios facturados, consolidado de la relación de facturas.

En este paso se pretende asegurar una correcta recepción de las facturas y los soportes, para lo cual se debe dejar constancia de la fecha y hora de recepción de la documentación, tomado en cuenta que los términos de ley para las objeciones a la misma empiezan a correr desde este momento.
Es importante contar y registrar el número de folios que se reciben en cada factura y que estos deben ser inmediatamente archivados conforme a la gestión documental vigente para el Subsistema (algunas Unidades de Sanidad Policial, exigen al prestador entregar la documentación conforme lo estipulado para la gestión documental).

Realizar la verificación de los requisitos de la factura y los soportes conforme el servicio facturado teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, 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 nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados una vez surjan los efectos conciliatorios de las mismas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA FACTURA:

- Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura de venta y debe estar pre-impreso.
- Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.
- Debe indicarse el nombre de la Policía Nacional y la correspondiente Unidad de Sanidad Policial.
- Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del usuario).

- Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).
- Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
- Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.
- Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio.

SOPORTES DE LA FACTURACIÓN

- Formato de información a terceros.
- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia cédula Representante legal.
- Factura (cumplimiento de requisitos de ley Código de Comercio y Estatuto tributario), y que dicho documento se encuentre a nombre de la USP con el respectivo NIT.
- Firma del usuario y/o acudiente en los comprobante de recibido del servicio.

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

1. Consultas ambulatorias:

✓ Factura o documento equivalente.
✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
✓ Autorización.
✓ Comprobante de recibido del usuario.
✓ Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
✓ Soporte de la atención.

2. **Procedimientos terapéuticos ambulatorios:**

✓ Factura o documento equivalente.
✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
✓ Autorización
✓ Comprobante de recibido del usuario.
✓ Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
✓ Soporte de la atención.

3. Medicamentos de uso ambulatorio:

✓ Factura o documento equivalente.
✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
✓ Autorización
✓ Comprobante de recibido del usuario.
✓ Fotocopia de la fórmula médica.

Si la factura cumple con todos los requisitos y soportes antes enumerados, el funcionario de la ventanilla única de cuentas dará el recibido de la documentación y procederá a realizar la radicación factura por factura en los sistemas de información

financiera o en su defecto en base de datos, con el fin de llevar un control por parte de la USP de las facturas recibidas. Después de elaborar la radicación el funcionario entregará mediante relación las facturas a entregar al médico auditor, lo cual debe realizarse por escrito en un tiempo no superior a 5 días hábiles posterior a la radicación.
Si la facturación no cumple con la totalidad de estos requisitos o los soportes están incompletos se procederá a devolver sin radicar de forma inmediata al prestador para que subsane la novedad que ocasiono la devolución, dejando constancia de cuales facturas se reciben y cuales se devuelven y porque motivo.
Los soportes de facturación por ser tantos y cada mes, se deberán entregar solo la primera vez que se facture dentro del contrato, para las siguientes facturas se presentaría certificado de aportes parafiscales según lo establecido en la norma, soportes reglamentados por la resolución 3047 de 2008.
La radicación de las facturas se debe realizar en los primeros 5 días del mes para poder cumplir con los tiempos de la norma y poder pagar en el mes la facturación presentada.

LA RADICACIÒN DEBE SER DEL 100% DE LA FACTURACIÓN RECIBIDA EN EL AREA O REGIONAL SIN EXCEPCIÓN.

ENVIAR CUENTA O RESPUESTA A GLOSA RADICADA AL ANALISTA O COORDINADOR DE CUENTAS MÉDICAS.

Mediante oficio con planilla anexa que permita evidenciar la trazabilidad de las facturas se envía al auditor de cuentas la relación de las mismas, adjuntando la totalidad de los soportes a cada una de las facturas especificando el tipo de servicio al que corresponden.
El analista de cuentas además de verificar en detalle el cumplimiento a los requisitos de las facturas, debe tener en cuenta los contratos vigentes sus cláusulas y condiciones, debe controlar las fechas de la prestación de los servicios y verificar contra los contratos vigentes, establecer que los servicios facturados concuerden con los prestados y se encuentren debidamente soportados.
Verificar la comprobación de los derechos de los usuarios, para la fecha de la prestación del servicio que se encuentren relacionados en la facturación en el Sistema de Información en Sanidad Policial SISAP.
Realizar entrega de las cuentas de cobro al auditor médico, teniendo en cuenta que deben organizarse por fecha (se revisan primero las facturas radicadas primero, para evitar vencimiento de términos de ley) y posteriormente se organizan por prestador para evitar fragmentación de la misma cuenta.

SE ENVIA CUENTA O RESPUESTA A GLOSA AL AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS.

Si se trata de una respuesta a glosa el auditor de cuentas procede a revisar los soportes enviados por el prestador en relación a la objeción presentada en la revisión inicial, verificando se haya subsanado la novedad objetada, se anexen los soportes correspondientes o se acepte por parte del prestador la glosa, la respuesta del prestador deberá corresponder a las siguientes explicaciones:

CÓDIGO S/ DECRETO 4747	CAUSA	EXPLICACION
996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución Totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.

	parcialmente aceptada)	
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

En caso que la novedad sea subsanada por el prestador el auditor y la glosa deba ser levantada se procede a realizar la certificación de auditoría para el pago del valor correspondiente, lo cual debe realizarse en los formatos de los anexos 3 y 4 establecidos en el Instructivo 013/ 2013 DISAN AGESA.
Esta certificación es entregada al analista de cuentas para que proceda hacer la notificación a la central de cuentas de la Unidad de Sanidad Policial.
En caso que la objeción no sea subsanada, que los soportes sean insuficientes o no exista pertinencia demostrada a la objeción, debe elaborarse el auditor de cuentas notificara el analista de cuentas, quien procederá a realizar la citación por escrito al prestador de los servicios, con el fin de realizar conciliación de la objeción presentada, dicha citación se realizara mediante oficio que firma el Jefe de la Unidad de Sanidad Policial, en el cual se relacione fecha de la citación a conciliación, facturas a conciliar y novedades no subsanadas en cada una de ellas.

El día de la citación se procede a realizar ante el prestador los motivos por los cuales no se subsano la novedad teniendo presente la normatividad que ampara el proceso y los contratos existentes entre la Unidad de Sanidad Policial y el prestador de servicios de salud, posteriormente se escuchan los argumentos del prestador y se realiza conciliación de las novedades en caso de existir consenso, dejando constancia por escrito (Formato anexo del Instructivo 013/2013 componente auditoría de cuentas médicas) de las decisiones tomadas en la conciliación, en caso de no existir consenso en alguna de las objeciones se dejara constancia en el acta de conciliación de esta novedad, con el fin de obrar como antecedente ante futuras solicitudes de la Supersalud.
En caso de no tratarse de una respuesta a glosa, si no por el contrario de una factura que no ha sido revisada por el auditor médico, se procederá a realizar la verificación de los datos del prestador, verificación de los códigos diagnósticos registrados en la atención del usuario, verificación de los procedimientos relacionados verificando las tarifas establecidas en la contratación o en el acuerdo de voluntades, verificación de la correcta liquidación de acuerdo con esas tarifas, posteriormente se procede a comparar la factura con lo registrado en la historia clínica verificando pertinencia, integralidad, oportunidad, calidad, suficiencia y racionalidad técnico científica de los servicios prestados.

Si durante esta revisión se encuentra algunos de los siguientes motivos codificados para la objeción de la factura deberá procederse a realizar dicha objeción y enviarse en el formato del anexo, establecido por el Instructivo 013/2013 DISAN AGESA componente auditoría de cuentas médicas.

Codificación de motivos de glosas:

General		Específico	
Código	Descripción	Código	Descripción
1	Facturación	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		03	Honorarios médicos en procedimientos
		04	Honorarios otros profesionales asistenciales
		05	Derechos de sala
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas

		09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
		10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
		11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
		12	Factura excede topes autorizados
		13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
		14	Error en suma de conceptos facturados
		15	Datos insuficientes del usuario
		16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
		17	Usuario retirado o moroso
		19	Error en descuento pactado
		20	Recibo de pago compartido
		22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
		23	Procedimiento o actividad
		24	Falta firma del prestador de servicios de salud
		25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección especifica
		26	Usuario o servicio corresponde a capitación
		27	Servicio o procedimiento incluido en otro
		28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
		51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
		52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
		54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación
	2	01	Estancia
	Tarifas	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		03	Honorarios médicos en procedimientos
		04	Honorarios otros profesionales asistenciales
		05	Derechos de sala
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
		23	Procedimiento o actividad
		29	Recargos no pactados
	3	01	Estancia
	Soportes	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		03	Honorarios médicos en procedimientos
		04	Honorarios otros profesionales asistenciales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
		20	Recibo de pago compartido
		30	Autorización de servicios adicional
		31	Bonos o vouchers sin firma del usuario, con enmendaduras o tachones
		32	Detalle de cargos
		33	Copia de historia clínica completa
		35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
		36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
		37	Orden o fórmula médica
		38	Hoja de traslado en ambulancia
		39	Comprobante de recibido del usuario
		40	Registro de anestesia

		41	Descripción quirúrgica
		42	Lista de precios
		43	Orden o autorización de servicios vencida
4	Autorización	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		06	Materiales
		08	Ayudas diagnósticas
		23	Procedimiento o actividad
		30	Autorización de servicios adicionales
		38	Traslado en ambulancia
		43	Orden o autorización de servicios vencida
		44	Médico que ordena no adscrito
5	Coberturas	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		23	Procedimiento o actividad
		27	Servicio o procedimiento incluido en otro
		45	Servicio no pactado
		46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
6	Pertinencia	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		03	Honorarios médicos en procedimientos
		04	Honorarios otros profesionales asistenciales
		05	Derechos de sala
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		23	Procedimiento o actividad
		53	Urgencia no pertinente
8	Devoluciones	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
		17	Usuario retirado o moroso
		21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
		34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
		44	Médico que ordena no adscrito
		47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
		48	Informe de atención inicial de urgencias
		49	Factura no cumple requisitos legales
		50	Factura ya cancelada
9	Respuestas a Glosas o Devoluciones	96	Glosa o devolución injustificada
		97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)2
		98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
		99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

Aplicación de la codificación:

Código	Aplicación
1	**Facturación** Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de 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). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta

	por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.
101	Estancia Aplica cuando: 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando: 1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post-quirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
103	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
104	Honorarios de otros Profesionales Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
105	Derechos de sala Aplica cuando: 1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales Aplica cuando: 1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos Aplica cuando: 1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	Ayudas diagnósticas Aplica cuando: 1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
110	Servicio o insumo incluido en paquete Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado

	111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
	112	Factura excede topes autorizados Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
	113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas) Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, CTC o tutelas.
	114	Error en suma de conceptos facturados Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.
	115	Datos insuficientes del usuario Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
	116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable Aplica cuando la factura incluye varios usuarios y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
	117	Usuario retirado o moroso Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
	119	Error en descuento pactado Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
	120	Recibo de pago compartido Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.
	122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
	123	Procedimiento o actividad Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
	124	Falta firma del prestador de servicios de salud Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
	125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
	126	Usuario o servicio corresponde a capitación Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente.

127	Servicio o procedimiento incluido en otro Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador. Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutividad y oportunidad. Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutividad pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.
2	**Tarifas** Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
201	Estancia Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
202	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
204	Honorarios de otros profesionales asistenciales Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Materiales Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	Ayudas diagnósticas Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	Procedimiento o actividad Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.

	229	Recargos no pactados Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.
	3	**Soportes** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
	301	Estancia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
	302	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
	303	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
	304	Honorarios de otros profesionales asistenciales Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
	307	Medicamentos Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documente equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
	308	Ayudas diagnósticas Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
	309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
	320	Recibo de pago compartido Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
	331	Bonos o vouchers sin firma del usuario, con enmendaduras o tachones Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el usuario o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
	332	Detalle de cargos Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados.2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
	333	Copia de historia clínica completa Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
	335	Formato ATEP Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
	336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las

	copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	Orden o fórmula médica Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de anestesia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	Lista de precios Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información
4	**Autorizaciones** 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 de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
401	Estancia Aplica cuando: 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución. No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.
438	Traslado Aplica cuando: 1. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. 2. No aplica en caso de traslados de urgencias
443	Orden o autorización de servicios vencida Aplica cuando: 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
444	Profesional que ordena no adscrito Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.
5	**Cobertura** 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.
501	Estancia Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Materiales Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT) Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.
6	**Pertinencia** 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.
601	Estancia Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
605	Derechos de sala Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Materiales Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Ayudas diagnósticas Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

623	Procedimiento o actividad Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.
8	**Devoluciones** 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.
816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable. Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817	Usuario retirado o moroso Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando 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 y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP) Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
849	Factura no cumple Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.
850	Factura ya cancelada Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago
9	**Respuestas a glosas y devoluciones** Las respuestas a 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
996	Glosa o devolución injustificada Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.

	998 — Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente. 999 — Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente
APROBACIÓN PRESUPUESTAL	Certificado de Disponibilidad Presupuestal SFI No. 418 y SIIF No. 68020 del 30/10/2020, Recurso 16, expedido por el Jefe de Presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 6.
VALOR	El valor del presente contrato es de OCHENTA Y SIETE MILLONES PESOS MONEDA LEGAL ($87.000.000,00) distribuidos de la siguiente manera: $1.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2020 y $86.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2021, **discriminado** así: Rubro Presupuestal No.: A-02-02-02-009-003

GRUPO / ITEM	CÓD. CUPS	PROCEDIMIENTO	PRECIO TECHO
1	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE BIOPSIA PUNCH	$ 205.000,00
2	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)	$ 205.000,00
3	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO Y/O MATRIZ)	$ 205.000,00
4	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	$ 126.000,00
5	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 190.000,00
6	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	$ 252.000,00
7	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION,FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	$ 77.000,00
8	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES +	$ 127.000,00
9	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	$ 77.000,00
10	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LE-SIONES	$ 127.000,00
11	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES	$ 179.000,00
12	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES	$ 357.000,00

		CENTIMETROS + (NEVOS)	
13	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS +	$ 357.000,00
14	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS +	$ 357.000,00
15	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO Y/O INJERTO) +	$ 688.000,00
16	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO +	$ 289.000,00
17	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS + (NEVOS CARA)	$ 289.000,00
18	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS +	$ 289.000,00
19	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS +	$ 289.000,00
20	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS +	$ 289.000,00
21	864300	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD ANESTESIA LOCAL	$ 3.200.000,00
22	864300	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD ANESTESIA GENERAL	$ 3.560.000,00
23	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	$ 636.000,00
24	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	$ 636.000,00
25	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUADRADOS +	$ 636.000,00
26	867101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO	$ 857.000,00
27	867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO	$ 1.190.000,00
28	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 1.250.000,00
29	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 1.250.000,00
30	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	$ 1.210.000,00
31	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS (NEVOS)	$ 1.398.000,00
32	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	$ 1.680.000,00

33	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS	$ 452.000,00
34	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO	$ 689.000,00
35	868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, MAS DE CINCO	$ 927.000,00
36	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS +	$ 636.000,00
37	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO +	$ 772.000,00
38	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD +	$ 42.000,00
39	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA ANESTESIOLOGIA incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	$ 75.000,00
40	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGIA ONCOLOGICA incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	$ 75.000,00
41	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA CLINICA DEL DOLOR PACIENTE NO ONCOLOGICO incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	$ 75.000,00
42	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA DERMATOLOGIA incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	$ 75.000,00
43	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA ANESTESIOLOGIA+ incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	$ 75.000,00

44	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGIA ONCOLOGICA+ incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	$ 75.000,00
45	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA CLINICA DEL DOLOR PACIENTE NO ONCOLOGICO+ incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	$ 75.000,00
46	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA DERMATOLOGIA+ incluye : AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	$ 75.000,00
47	890214	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	$ 75.000,00
48	890314	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS +	$ 75.000,00
49	999100	ACUPUNTURA Y TERAPIA NEURAL SOD +	$ 117.000,00
50	898006	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION §	$ 58.000,00
51	898012	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA) §	$ 138.000,00
52	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA + $20.020 MULTIPLES MAS 60% $32.096	$ 68.000,00
53	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA + TINCIONES ESPECIALES ZN	$ 90.000,00
54	898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA +	$ 137.000,00
55	898104	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESENCIA EN BIOPSIA +	$ 137.000,00
56	898107	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA §	$ 190.000,00
57	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	$ 79.000,00
58	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	$ 105.000,00
59	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO+	$ 105.000,00
60	898204	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOFLUORESCENCIA ENESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	$ 138.000,00

61	898207	ESTUDIO DE MICROSCOSPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO §	$ 175.000,00
62	898221	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO §	$ 88.000,00
63	898222	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO §	$ 113.000,00
64	898223	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO §	$ 150.000,00
65	898224	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOFLUORESENCIA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO §	$ 150.000,00
66	898227	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO §	$ 286.000,00
67	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES §	$ 124.000,00
68	898242	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES§	$ 210.000,00
69	898243	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES §	$ 210.000,00
70	898244	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOFLUORESENCIA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES §	$ 277.000,00
71	898247	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	$ 349.000,00
72	898801	ESTUDIO POR CONGELACION §	$ 140.000,00
73	998703B	FOTOGRAFIA CORPORAL TOTAL	$ 520.000,00

LA CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD incluye:

- Consulta prequirurgica.
- Honorarios dermatologo subespecialista en Cx de Mohs.

Instrumentador quirúrgico.

- Sala (procedimientos o quirófano).
- Anestesiologo para los casos que aplique.
- Laboratorio de patología de Cx de Mohs.
- Seguimiento fotográfico por estadio (hace parte de la historia clínica del paciente.
- Revisiones durante el primer mes, incluyendo retiro de puntos.
- Exclusiónes: Reconstrucción de piramide nasal, pabellón auricular o párpado. Segunda reconstrucción en colgajos realizados en dos o más tiempos.

Por estadios:

ANESTESIA LOCAL 1er estadio 3.200.000 Estadio adicional 1.262.000
ANESTESIA GENERAL o local asistida 1er estadio $3.560.000 Estadio adicional $1.508.000

FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACION	La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará en forma global de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y	Las contempladas en el anexo No. 1 de este documento

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	
GARANTÍA ÚNICA Y SANCIONES	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 6, Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA** **a). DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** por el 20% del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual de la vigencia de la aceptación de la oferta y cuatro (4) meses más. **b). CALIDAD DEL SERVICIO:** por el cincuenta por ciento (50%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual de la vigencia de la aceptación de la oferta y seis (6) meses más. **c) PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** 5% del valor de la aceptación de la oferta Vigente por un término igual a la vigencia de la aceptación de la oferta y tres (3) años más. **d) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** 200 SMMLV contratos cuyo valor sea igual o inferior a 1.500 SMLMV numeral 1 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015 por la vigencia del contrato. **2. SANCIONES** **a). MULTAS.**- En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta por causas imputables al **CONTRATISTA** - salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1.890 - las partes acuerdan que la **POLICÍA,** mediante acto administrativo, hará efectivas multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de cumplir o entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeuda a la entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella. **b). PENAL PECUNIARIA.**- De conformidad con lo previsto en los artículos 1592 y 1599 del código civil colombiano, en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta, **EL CONTRATISTA** pagará a la **POLICÍA,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor de la aceptación de oferta cuando se trate de incumplimiento total de la aceptación de oferta y proporcional al incumplimiento parcial de la aceptación de oferta que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en la presente aceptación de oferta. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se hace efectiva alguna de las sanciones aquí estipuladas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a cobro coactivo.
PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución del contrato será a partir de la entrega de la carta de inicio y hasta el 30 de septiembre 2021 o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra. El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de **tracto sucesivo**, y de acuerdo a los requerimientos del contratante. **Nota:** El incumplimiento a cualquiera de los plazos antes estipulados genera la imposición de las sanciones correspondientes, previo cumplimiento de las actuaciones administrativas pertinentes.

LUGAR PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Los servicios de salud objeto del presente estudio previo, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el contratista y que sean aprobadas por la Regional De Aseguramiento En Salud No 6 y por la Secretaria de Salud de Antioquia
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos
LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO	El presente contrato se liquidará de conformidad con lo señalado en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.
VIGENCIA	La vigencia de la presente aceptación de oferta será igual al plazo de ejecución más 60 días calendario.

De acuerdo a lo anterior, el Responsable Grupo de Contratos, recomienda al señor Ordenador del Gasto Teniente Coronel OCTAVIO OLAYA USECHE, adjudicar el proceso **PN RASES 6 MIC 267-2020** cuyo objeto es **"Actividades de Alto Costo para el apoyo diagnostico y terapéutico para el manejo de lesiones en piel de origen oncológico, en la que se generan actividades en forma ambulatorias que requieran los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6"** a la entidad **AURORA CENTRO ESPECIALIZADO EN CANCER DE PIEL** identificado con el NIT **900.558.506-5**, representada legalmente por el señor ANDRES ANGEL BOTERO, identificado con cédula de ciudadanía No**. 89.008.775** de Armenia-Quindio, en atención a que cumplió técnica, jurídica y económicamente, de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso y la oferta presentada.

Atentamente;

Teniente Coronel **OCTAVIO OLAYA USECHE**
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud No. 6

	DEPENDENCIA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO ASESOR	FIRMA
ELABORADO POR	PRECONTRATOS	AA32 LEIDY JOHANA TORRES MONSALVE	
REVISADO POR	RESPONSABLE GRUPO CONTRATOS	Intendente ELIAB FRANCO BEDOYA	
REVISADO PARA FIRMA POR	ASESOR JURÍDICO	Abogado RUBÉN DARÍO HINCAPIÉ ARROYAVE	
FECHA DE ELABORACIÓN	27/11/2020		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma del señor Jefe De La Regional De Aseguramiento En Salud No. 6			

Ubicación: D://PRECONTRATOS/Mínima Cuantía/267. CANCER DE PIEL

Carrera 43A No. 48Csur-45 Barrio Primavera, Envigado
Teléfonos 3396737 – 3396885
deant.rases-prc@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO No. 1

CONDICIONES TECNICAS

Las firmas contratistas deberán diligenciar el siguiente formato, anexando en los casos requeridos los soportes a que haya lugar.

DESCRIPCION DE CONDICIONES TÉCNICAS
1. El contratista presentó certificado de habilitación vigente para la prestación de los servicios ofertados según la complejidad de atención para el grupo ofertado, expedido por el ente de vigilancia y control competente.
2. El Contratista presentó el ***Anexo Obligaciones del Contratista***
3. El contratista presentó los documentos que acreditan la experiencia.
4. Identifica la persona(s) contacto y teléfonos para los casos en los que se requiera (citas, precisar información, códigos, procedimientos, etc.)
5. El contratista presentó los CUPS del servicio ofertado, con precio en pesos colombianos de acuerdo a la tarifa en el ***Anexo OFERTA ECONÓMICA***.
6. El contratista presenta la propuesta técnica en la que se compromete a cumplir cada una de las obligaciones contractuales y las condiciones técnicas mínimas para la prestación del servicio ofertado.
7. El contratista presentó el ***Anexo porta folio de servicios y/o tarifas propias*** con el porta folio de servicios con código (CUPS o Propio), descripción del procedimiento con inclusiones y exclusiones, valor en pesos, oportunidad y tarifa global que oferta.
8. El contratista presenta formulario de compromiso del SGSST
9. El Contratista presentó documento garantizando la oportunidad para la atención.

FICHA TÉCNICA DEL SERVICIO
FICHA TÉCNICA DE PRODUCTOS O SERVICIOS

PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE ONCOLOGIA PARA EL TRATAMIENTO CA DE PIEL

- Garantizar la prestación de servicios, procedimientos y Actividades de Alto Costo para el apoyo diagnostico y terapéutico para el manejo de lesiones en piel de origen oncológico, en la que se generan actividades en forma ambulatorias de los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional de la la regional de aseguramiento en salud no 6
- Garantiza el servicio oportuno para los pacientes que por su condición clínica, comorbilidades o por la técnica del procedimiento así lo requiere.
- Oportunidad: El contratista debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: consulta externa y apoyo diagnostico hasta 20 días calendario, otros procedimientos y cirugías hasta 15 días y urgencias en las primeras 24 horas y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones, 1446 de mayo 8 de 2006 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=wCkTy84Cv8I=&tabid=103
- Garantiza disponibilidad de atención de todos los servicios de acuerdo a la oferta y horarios de atención presentados.
- Garantiza la realización de consultas, procedimientos, estudios diagnósticos y terapéuticos relacionados con para la atención de los pacientes de cualquier edad, (entre ellos al pediátrico y adulto mayor) tanto en el ámbito ambulatorio y hospitalario, en el lugar ofertado, si la condición clínica del paciente permite su traslado.
- El contratista deberá tener como mínimo el recurso humano que garantice la prestación de los servicios objeto del contrato; debiendo demostrar la experiencia de dos años como mínimo de los profesionales asignados por el contratista

- Presentar indicadores de calidad los primeros 5 días hábiles de cada mes a la oficina de Garantía y Calidad de la la Regional De Aseguramiento En Salud No 6 y al Supervisor del contrato.
- Designar un coordinador médico quien cumplirá las funciones de interlocutor entre el contratista y el o supervisor del contrato, que en concordancia con el Jefe del Grupo de Prestación de Servicios Asistenciales y la oficina de Garantía de la Calidad, den solución a los inconvenientes que se les presente a los pacientes.
- Presentar protocolos para la realización de todos los estudios ofertados.
- Aquellas urgencias médicas que por finalización del contrato se presenten serán cargadas a tarifa contractual previa autorización de AUMED DISAN
- El contratista se compromete a suministrar todos los insumos administrativos, médicos quirúrgicos y dispensar los medicamentos requeridos para la realización de todos los estudios ofertados.
- El contratista debe garantizar el mantenimiento de los precios (incluye medicamentos e insumos) durante la vigencia del contrato.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

En general, son obligaciones del **CONTRATISTA:**

1.) Cumplir con el objeto contractual.
2.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4.) Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de la **Regional De Aseguramiento En Salud No 6** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.
5.) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6.) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7.) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8.) Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.
9.) Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
10.) Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.
11.) La atención de los eventos adversos generados durante la atención entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del usuario. ", correrán por cuenta del prestador.
12.) Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
13.) Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante

14.) Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
15.) En la atención de usuarios remitidos, deberá utilizarse las guías de manejo acordadas.
16.) Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento:
Demostración de derechos y autorización:

a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; la autorización de los servicios de salud se realizará mediante tramite interno, la cual será validad por correo electrónico. El trámite interno se realizará con coordinación de la central de referencia de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el paciente o acudientes debe presentar el carné que acredite los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando del Departamento de Policía, Comando de la Metropolitana, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN).

b. Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).

c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).

d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6 la única dirección electrónica válida para este proceso es disan.rase6-aut@policia.gov.co, o mediante la web: www.disan.policia.gov.co, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario.

e. Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN (se adjunta al presente contrato como formato 2) y remitirlo a la central de autorización de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del CONTRATISTA. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente.

f. Referencia: Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la oficina d referencia y contrarreferencia de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6.

g. Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

h. Contra-referencia: Luego de la atención del paciente, siempre deberá remitirse a la USP el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas.

i. i. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

17.) El contratista debe designar funcionario, e informar teléfono, correo electrónico, ubicación física en la IPS, que permita a los usuarios y a las personas que delegue la Regional De Aseguramiento En Salud No 6, realizar contacto con la IPS con el fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato, incluyendo problemas relacionados con la oportunidad o con la autorización de servicios, códigos o tarifas.
18.) Permitir al Auditor Médico Concurrente de la Regional De Aseguramiento En Salud No 6, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.

19.) Toda oferta económica que se presente por parte del contratista deberá ser liquidada en pesos con sus respectivos códigos CUPS.

20.) INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 6 DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b.
c. Reportar la ejecución del contrato al Supervisor del Contrato; en los formatos semanal y mensual al correo deant.rases-rco@policia.gov.co, de acuerdo con los siguientes formatos:

FORMATO SEMANAL

MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 6

FECHA: _____

ENTIDAD: _____

CONTRATO Nro.: FECHA INICIO: FECHA TERMINA:

VALOR INICIAL: _____
ADICION Nro. 1 : _____
ADICION Nro. 2 _____
TOTAL : _____

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
LUNES					
MARTES					
MIERCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SABADO					
DOMINGO					

FORMATO MENSUAL

MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 6

FECHA: _____

ENTIDAD: _____

CONTRATO Nro.: FECHA INICIO: FECHA TERMINA:

VALOR INICIAL: _____
ADICION Nro. 1 : _____
ADICION Nro. 2 _____
TOTAL : _____

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
MES 1					
MES 2					
MES 3					
MES 4					
MES 5					
MES 6					
MES 7					

d. Debe reportar al supervisor del contrato y a la oficina de calidad de la la Regional De Aseguramiento En Salud No 6, y el programa de Promocion y la prevención los nombres, identificación, estado del usuario semanalmente con el fin de evidenciar la ganancia del peso durante el tratamiento deant.rases-rco@policia.gov.co y deant.esprib-jefa@policia.gov.co.
e. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Unidad de Sanidad Policial o el ordenador del gasto.

21.) El contratista deberá coordinar las fechas de entrega de facturación con el Supervisor del contrato, para efectos de expedición del Recibido A Satisfacción, ya que las facturas con sus respectivos RAS, deberán ser radicadas en la Ventanilla única de cuentas de la regional de aseguramiento en salud no 6 un único día del mes, el cual será informado una vez se expida la carta de inicio.

22.) En atención a lo descrito en la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas del 18/05/2020 DISAN 1AR - GU - 0002, que a la letra dice:

RADICACION Y OBLIGACION DE CUENTAS MEDICAS

Previo cumplimiento al literal 1.1.3, las facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de preradicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes:

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Certificación aportes parafiscales.
- Demás soportes solicitados en el contrato – cláusula "Forma de Pago".

Adicionalmente, se deberá solicitar los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS:

- Formato de información a terceros.
- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.

- Fotocopia cédula representante legal.
- Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad de Sanidad.

23.) El contratista deberá reportar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Sanidad Policial, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
24.) El contratista deberá garantizar que los especialistas ofertados en la propuesta y según su competencia e idoneidad, emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el contratante y adjunto por el Usuario el día de la respectiva consulta.
Parágrafo: Dentro del concepto medico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de las autoridades medico laborales de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto medico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente:

- Diagnóstico
- Evolución
- Tratamiento realizado
- Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el Usuario.

25.) El contratista deberá anexar el portafolio de servicios (incluir valor en pesos y manual tarifario cotizado) y garantizar la prestación de los servicios a las tarifas que sean presentadas en la propuesta
26.) Si el contratista dentro de su portafolio de servicios presenta servicios no relacionados en el ***Anexo OFERTA ECONÓMICA***, deberá ofertarlos en un documento aparte ***Anexo porta folio de servicios y/o tarifas propias*** clasificadas por sistema incluyendo valores y manual tarifario.
27.) Entregar formalmente al contratante el modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.
28) adoptar la resolución 3280 de 08/2018 sobre la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno, perinatal y se establecen las directrices para su operación.

29) El contratista se obliga a repostar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respetivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los consto de atención en salud derivados del evento adverso, dicho reposte se consignará en formato 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS **(ANEXO 10)**

30) El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".

Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma.

1. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.
2. Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo).

Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional

Referencia: compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX".

El (los) suscrito (s) a saber (nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica contratista, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal contratista) domiciliado en (domicilio de la persona firmante), identificado con (documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación contratista, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el CONTRATISTA, manifiesta (n) su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"* y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo"*, así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.