

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS

JULIO DE 2026

Introducción

El presente manual de auditoría de cuentas médicas establece los lineamientos, criterios técnicos, metodológicos y procedimentales que orientan la revisión integral de las cuentas médicas presentadas por los Prestadores de Servicios de Salud (IPS - Subred), con el fin de garantizar que los servicios facturados correspondan a las atenciones efectivamente prestadas, se encuentren debidamente soportados y cumplan con las disposiciones legales, reglamentarias, contractuales y tarifarias vigentes.

El manual describe de manera estandarizada las actividades que conforman el proceso de auditoría, desde la radicación de las cuentas médicas, la validación de los requisitos administrativos y documentales, la evaluación técnica y financiera de la facturación, la formulación y análisis de glosas, la conciliación de diferencias cuando corresponda y la emisión de los conceptos que sustentan el reconocimiento y pago de los servicios de salud. Asimismo, este documento define los criterios de actuación de los equipos responsables de la auditoría, promoviendo la uniformidad en la aplicación de los procedimientos, la trazabilidad de las actuaciones, el fortalecimiento del control interno y la transparencia en la administración de los recursos destinados al financiamiento de la atención en salud.

Objetivo General

Definir los lineamientos que orienten el proceso de auditoría de cuentas médicas para verificar la correcta prestación y facturación de los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente y el adecuado reconocimiento y pago de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud.

Objetivos Específicos

- Verificar que las cuentas médicas cumplan con los requisitos legales, contractuales y documentales necesarios para su revisión y pago.
- Comprobar que los servicios facturados correspondan a los servicios efectivamente prestados y se encuentren debidamente soportados.
- Revisar la correcta aplicación de las tarifas y condiciones económicas establecidas en los acuerdos vigentes.
- Identificar y gestionar las inconsistencias, glosas, devoluciones y demás observaciones encontradas durante la auditoría.
- Contribuir al adecuado uso de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud.
- Estandarizar los procedimientos para la revisión, análisis y seguimiento de las cuentas médicas.
- Mantener el registro y seguimiento de las actuaciones realizadas durante el proceso de auditoría y conciliación de cuentas médicas.
- Promover acciones de mejora continua en los procesos de auditoría, reconocimiento y pago de cuentas médicas.
- Generar información confiable y oportuna que apoye la toma de decisiones relacionadas con la gestión de las cuentas médicas.

Alcance

El presente manual de auditoría de cuentas médicas aplica a todas las actividades relacionadas con la revisión técnica, administrativa, financiera y documental de las cuentas médicas presentadas por los Prestadores de Servicios de Salud (IPS - Subred) por concepto de la atención brindada a la población migrante, fronteriza y pobre no afiliada.

Su aplicación comprende la revisión integral, técnica, administrativa, financiera y normativa de las cuentas médicas, facturas, soportes clínicos y demás documentos asociados a la prestación de servicios de salud y será de obligatorio cumplimiento para todos que participen en los procesos de radicación, validación, auditoría, conciliación, reconocimiento y pago de cuentas médicas.

Dicho manual aplica a todas las cuentas médicas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS - Subred), y/o proveedores de tecnologías en salud con los cuales la entidad mantenga relaciones contractuales o legales para la prestación de servicios de salud.

Términos y Definiciones:

Auditoría de cuentas medicas: es un proceso clave dentro del sistema de salud. Su función principal es revisar, analizar y validar toda la información relacionada con los servicios que se prestan a los pacientes, desde una simple consulta hasta una cirugía de alta complejidad. Esta auditoría no solo busca verificar si lo que se facturó fue lo que realmente se hizo, sino también si era pertinente, si estaba justificado clínicamente y si fue autorizado por el asegurador o por las normativas vigentes.

Conciliación de glosas: es el procedimiento mediante el cual la entidad responsable del pago (ERPS) y el Prestador de Servicios de Salud (IPS) analizan y resuelven las diferencias originadas durante el proceso de auditoría de cuentas médicas, cuando el prestador no acepta total o parcialmente las glosas formuladas o presenta soportes para solicitar su levantamiento.

Cuenta de cobro: es el documento mediante el cual un prestador o proveedor solicita el reconocimiento y pago de valores a una entidad responsable del pago cuando, por disposición legal, tributaria, contractual o por la naturaleza de la operación, no procede la expedición de una factura electrónica de venta.

Factura en salud: es un documento tributario y mercantil que respalda económicamente los servicios médicos o procedimientos prestados a un paciente. En este documento se detallan los costos de las atenciones y sirve para cobrar formalmente el valor del servicio a una aseguradora (EPS, medicina prepagada) o directamente al paciente

Factura electrónica: en el sector salud es, ante todo, una factura. Esto significa que tiene los mismos efectos que la factura de papel, solo que ahora se emite y recibe en un formato electrónico, como soporte de transacciones de venta de bienes o servicios; es decir, es un documento que recoge la venta de un producto o servicio a través de soluciones informáticas.

Devolución de facturas: hacen alusión a una inconformidad 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.

Glosa: En el sector salud, se define como no conformidades que afectan la facturación de los servicios de salud y requieren ser resueltas por la prestadora de los servicios. Son como reclamaciones o diferencias que se detectan durante la revisión de las facturas por parte de la entidad responsable del pago.

Respuesta de glosa en salud: es el pronunciamiento formal mediante el cual un prestador de servicios de salud (IPS) responde a la objeción o devolución de una factura médica. En ella, el prestador puede aceptar el error o justificar el cobro legal con la documentación requerida.

Historia clínica: es un registro, de cariz asistencial y legal, donde se recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada persona, identificando a los profesionales que han intervenido en él.

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los profesionales sanitarios que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro u organización sanitarios.

Historia clínica electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que debe ser diligenciado por el médico tratante al momento de la consulta con el paciente. Cada vez que el paciente tiene consulta médica, su registro debe quedar consignado en la historia clínica.

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

Pago por evento: mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La

unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Epicrisis: es un documento médico obligatorio emitido al finalizar una hospitalización o atención. Es el resumen clínico que detalla diagnósticos, tratamientos realizados, medicamentos y recomendaciones para el paciente.

Red primaria: es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario.

Red complementaria: es un conjunto de servicios médicos adicionales que se añaden al Plan de Beneficios en Salud (PBS) básico.

Glosario de siglas:

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Revisión

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

CUM: Código único nacional de medicamentos

CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

EAPB: Empresa administradora de planes de beneficios

EPS: Empresa promotora de salud

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública

IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAMEC: Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PTS: Proveedores de tecnologías en salud

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

RUAF: Registro Único de Afiliados

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SNS: Superintendencia Nacional de Salud

SUH: Sistema Único de Habilitación

SOAT: Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito ISS: Instituto de Seguros

SOGCS: Sistema Obligatorio de la Garantía en Calidad en Salud.

Normatividad relacionada a la gestión de cuentas médicas

- Ley 100 de 1993, Artículo 185, 'Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos'.
- Ley 715 de 2001, artículo 44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.
- Ley 1122 de 2007, establece principios y obligaciones que sirven de fundamento para la auditoría financiera, administrativa y técnico-científica de los servicios de salud.
- Ley 1438 de 2011, es una de las normas base para el proceso de auditoría de cuentas médicas. El artículo 57 establece el procedimiento para glosas, devoluciones, respuestas y conciliaciones entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud; define términos y etapas para la revisión de cuentas médicas.
- Ley 1751 de 2015, constituye el marco constitucional y legal que orienta la auditoría de cuentas médicas, al reconocer la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable
- Decreto 780 de 2016, compila la normatividad del sector salud y regula aspectos relacionados con facturación, auditoría, soportes, RIPS y reconocimiento de servicios. Establece que la auditoría de cuentas médicas debe realizarse con base en los soportes definidos por el Ministerio de Salud y conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.
- Resolución 3100 de 2019, define las condiciones de habilitación de los prestadores.
- Decreto 441 de 2022, modificó el Decreto 780 de 2016 e introdujo cambios importantes en la facturación electrónica en salud. Vinculó la auditoría de cuentas médicas con la validación de los RIPS y los soportes electrónicos.
- Resolución 2284 de 2023, actualmente es una de las normas más importantes para los auditores de cuentas médicas; la cual establece: los soportes de cobro obligatorios, Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas; Las causales de devolución y glosa, Los plazos para responder y resolver objeciones, los criterios para auditoría, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud.

- Resolución 2275 de 2023, reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
- Resolución 2336 de 2023, define la codificación oficial de procedimientos en salud.
- Resolución 544 de 2023, actualiza aspectos de inscripción y habilitación de prestadores.
- Resolución DIAN 165 de 2023, regula la factura electrónica de venta.

Proceso de radicación de facturas

El proceso de radicación de facturas constituye la etapa inicial del ciclo de auditoría de cuentas médicas y tiene como finalidad garantizar que las facturas presentadas por los Prestadores de Servicios de Salud (IPS - Subred) cumplan con los requisitos normativos, administrativos y documentales antes de su ingreso al proceso de auditoría.

El procedimiento inicia con el cargue de la facturación y sus soportes por parte del prestador en el sistema de gestión documental de cuentas médicas. Posteriormente, el Grupo de Radicación verifica la correcta recepción de la información y, en caso de presentarse inconsistencias en el cargue, solicita al prestador la corrección correspondiente antes de continuar con el trámite.

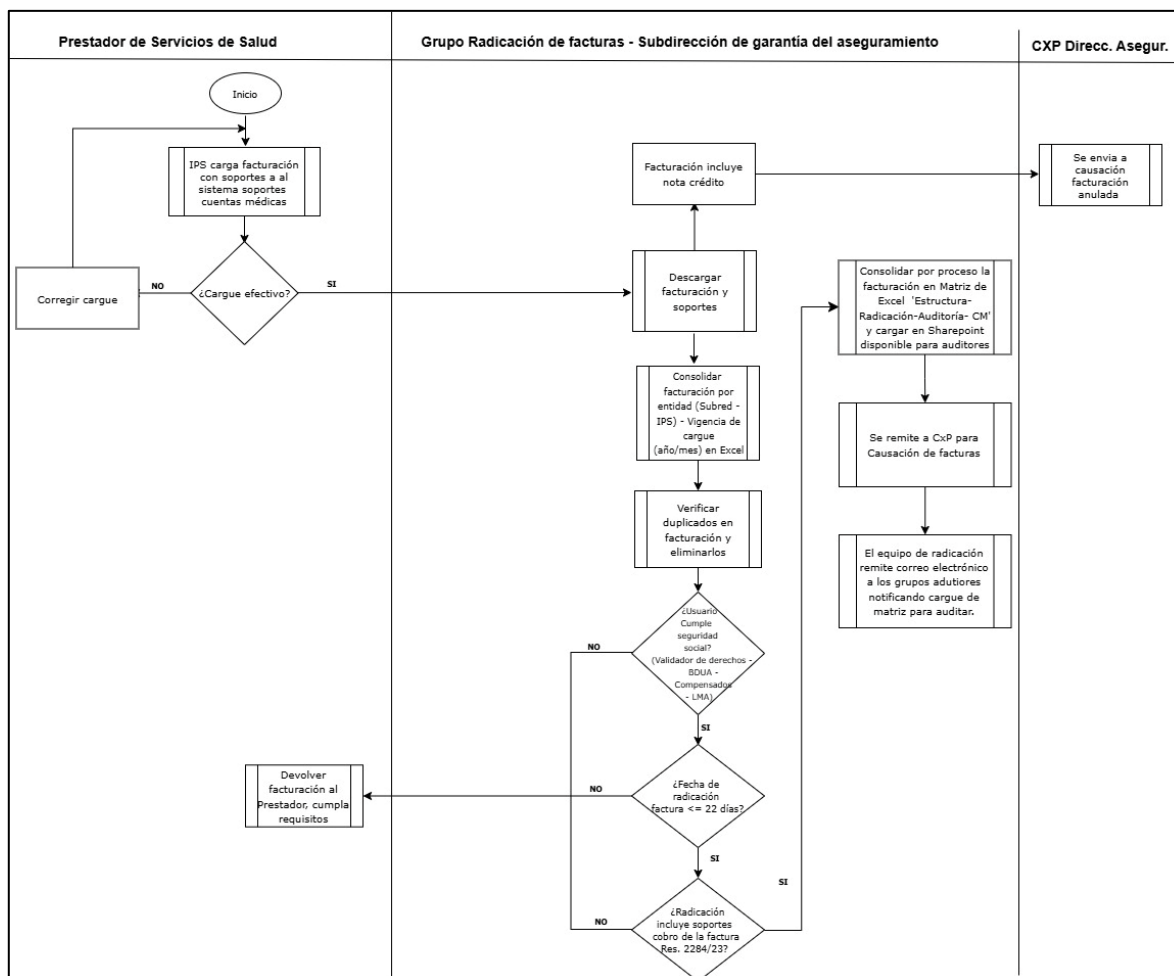
Una vez recibida la información, se consolida la facturación por entidad prestadora y vigencia de radicación, efectuando las validaciones administrativas definidas por la entidad. Entre estas se incluyen la verificación de la afiliación y el estado del usuario mediante las bases de datos oficiales (BDUA, Compensados, LMA, SISBEN y demás validadores de derechos), la revisión del cumplimiento del término máximo de radicación establecido contractualmente o por la normatividad aplicable, la identificación y eliminación de registros duplicados, así como la comprobación de la integridad de los soportes exigidos para el cobro de la factura, de conformidad con la Resolución 2284 de 2023.

Cuando la facturación no cumple alguno de los requisitos establecidos, esta es devuelta al prestador para la subsanación de las inconsistencias identificadas. En aquellos casos en que la radicación incluya notas crédito asociadas a facturas anuladas, la documentación es remitida al proceso de Cuentas por Pagar para su correspondiente causación.

Superadas las validaciones, la facturación es consolidada en la matriz institucional de radicación para auditoría, la cual es publicada en el repositorio institucional (SharePoint) y puesta a disposición de los equipos auditores. Finalmente, el Grupo de Radicación comunica mediante correo electrónico la disponibilidad de la información para dar inicio al proceso de auditoría de cuentas médicas.

Este proceso garantiza la trazabilidad de la recepción de las cuentas, fortalece el control previo a la auditoría, reduce el riesgo de ingreso de facturación con inconsistencias y contribuye a la eficiencia, transparencia y oportunidad en la revisión técnica, administrativa y financiera de las cuentas médicas.

Flujograma proceso de radicación de facturas



Proceso de auditoría de cuentas médicas (Fronterizos, gestantes, PNA)

El proceso de auditoría de cuentas médicas tiene como objetivo verificar la conformidad técnica, administrativa, financiera y normativa de las cuentas radicadas por los Prestadores de Servicios de Salud (IPS – Subred), garantizando que los servicios facturados correspondan a las atenciones efectivamente prestadas, se encuentren debidamente soportados y cumplan con las disposiciones legales, contractuales y tarifarias vigentes.

El procedimiento inicia con la descarga de la matriz institucional de radicación dispuesta por el equipo de radicación y control y los respectivos soportes documentales por parte del equipo auditor. Posteriormente, la información es organizada por vigencia, período de facturación y prestador de servicios, asignándose las cuentas a los auditores responsables para su revisión.

Durante la auditoría se realiza la revisión individual de cada factura y de sus soportes, verificando, entre otros aspectos, la identificación del usuario, el número y la fecha de la factura, los valores facturados, los copagos, el valor total de la cuenta y la consistencia entre los servicios registrados y el valor total facturado. Adicionalmente, se valida el estado de afiliación y los derechos del usuario mediante las bases de información oficiales (BDUA, Compensados, LMA y demás validadores disponibles), así como la existencia de estudios de caso social vigentes cuando estos constituyan un requisito para el reconocimiento del servicio.

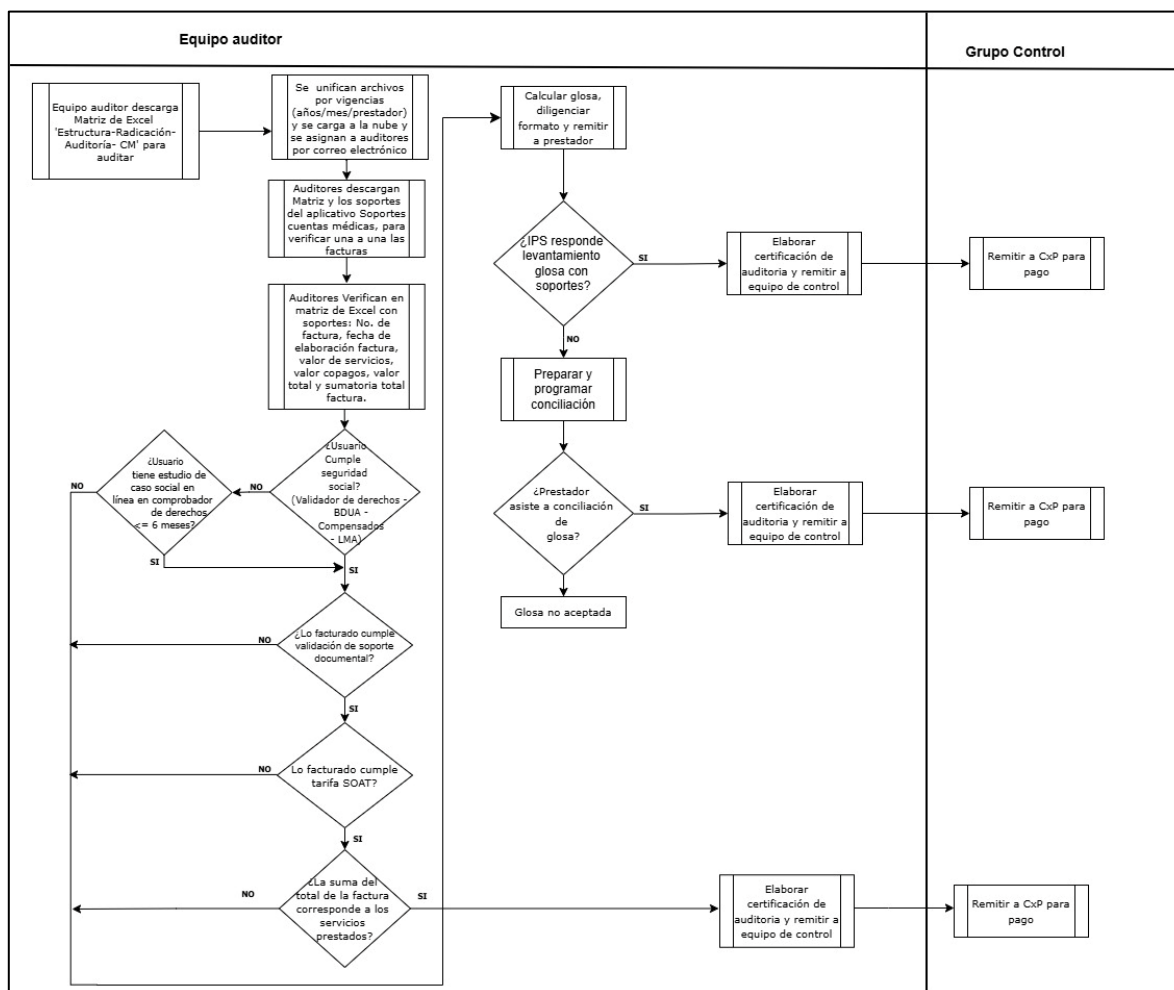
Como parte de la auditoría, se verifica que las tarifas aplicadas correspondan a las condiciones contractuales y a los manuales tarifarios vigentes, incluyendo la validación de tarifas SOAT cuando resulte aplicable. Igualmente, se comprueba que la sumatoria de los valores de los servicios corresponda al valor total de la factura y que exista coherencia entre la facturación presentada y los soportes clínicos y administrativos aportados por el prestador. Cuando la cuenta cumple con los criterios establecidos, el auditor elabora la certificación de auditoría y la remite al equipo de control para su validación, quienes una vez aprueben lo devuelven al equipo auditor para la legalización de firmas en sus respectivos contratos; continuando posteriormente con el proceso de causación y pago a través del área de Cuentas por Pagar.

En caso de identificarse inconsistencias o incumplimientos, el auditor determina y cuantifica las glosas correspondientes, diligencia el formato institucional y lo remite al prestador para que ejerza su derecho de respuesta mediante el envío de los soportes o aclaraciones pertinentes. La respuesta del prestador es evaluada técnicamente por el equipo auditor, quien determina la procedencia del levantamiento total o parcial de las glosas formuladas.

Cuando persisten diferencias entre las partes, el proceso continúa con la programación de una conciliación de glosas, en la cual se analizan los aspectos objeto de controversia y se define su aceptación, modificación o ratificación. Concluida esta etapa, se emite la certificación definitiva de auditoría y se remite al equipo de control para continuar con el trámite administrativo correspondiente. Las cuentas o valores aceptados son enviados al proceso de Cuentas por Pagar para su causación y pago, mientras que las glosas ratificadas permanecen como valores no reconocidos conforme a los resultados de la auditoría y de la conciliación.

Este proceso fortalece el control de los recursos del sistema de salud, garantiza la correcta aplicación de las condiciones contractuales y tarifarias, promueve la transparencia en el reconocimiento de los servicios prestados y asegura la trazabilidad de las decisiones adoptadas durante la auditoría de cuentas médicas.

Flujograma proceso de auditorías médicas (Fronterizos, gestantes, PNA)



Proceso de auditoría de cuentas médicas de gratuidad

La auditoría de gratuidad tiene como propósito verificar la correcta aplicación de las disposiciones normativas y contractuales relacionadas con la exoneración o el cobro de copagos y cuotas moderadoras, garantizando que la facturación presentada por los Prestadores de Servicios de Salud (IPS - Subred) refleje adecuadamente los derechos del afiliado y que los valores reconocidos correspondan a la normatividad vigente.

El proceso inicia con la asignación de las cuentas médicas al equipo auditor, quien descarga la matriz de radicación y los soportes documentales del aplicativo de cuentas médicas. Posteriormente, la información se organiza por vigencia y prestador de servicios de salud para efectuar la revisión individual de cada factura.

Durante la auditoría se verifica el estado de afiliación y los derechos del usuario mediante los validadores institucionales (BDUA, Compensados, LMA y Entidad Territorial), así como la existencia de un estudio de caso social vigente cuando este constituye un requisito para el reconocimiento de la gratuidad. De igual forma, se valida que el usuario cumpla la condición poblacional definida para acceder al beneficio, considerando criterios como edad, pertenencia a grupos poblacionales priorizados o condición de discapacidad severa.

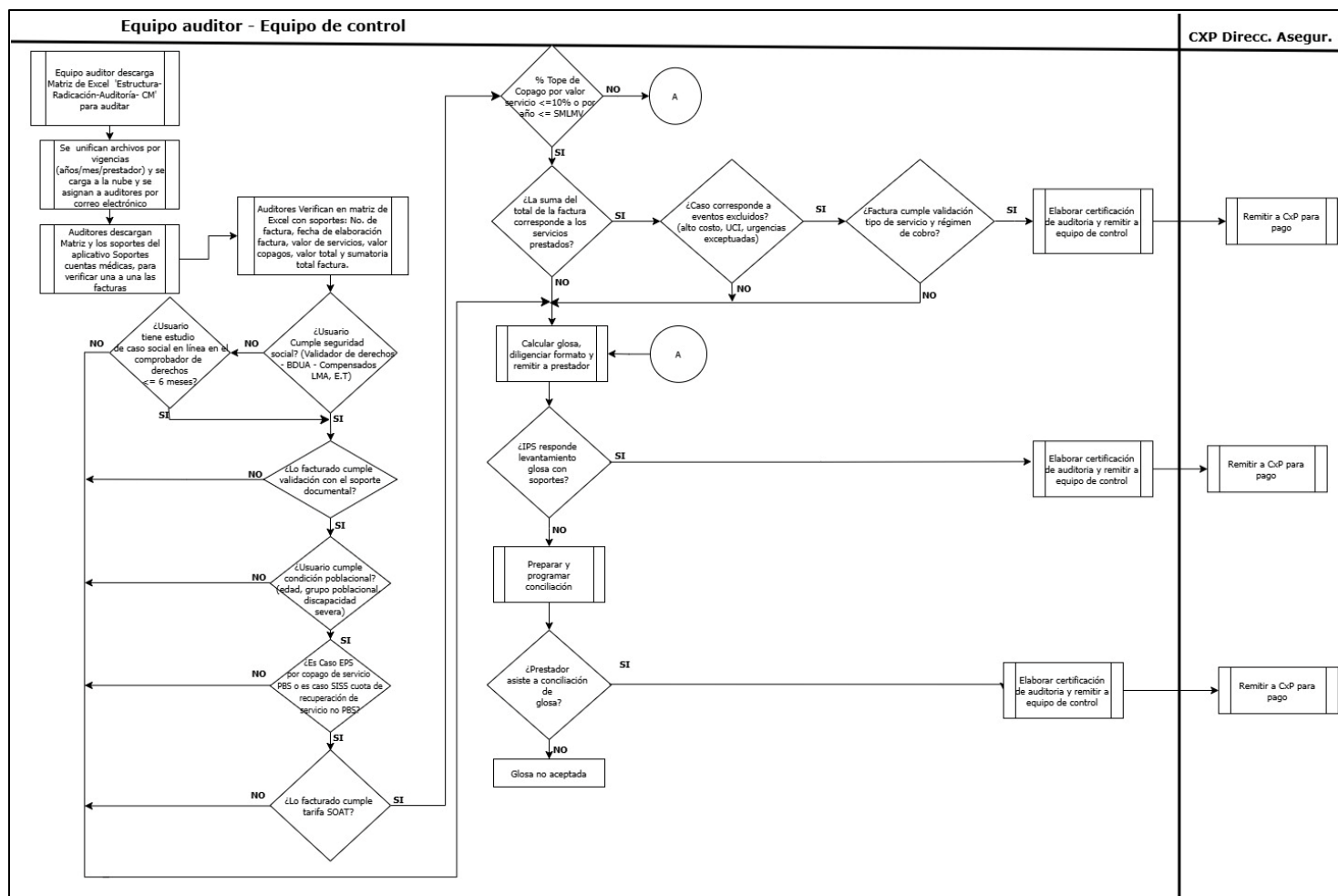
Posteriormente, el auditor revisa la integridad de la factura y de los soportes documentales, verificando el número y fecha de la factura, los valores facturados, los copagos, el valor total de la cuenta y la correspondencia entre la sumatoria de los servicios prestados y el valor total facturado. Asimismo, valida que la documentación soporte el cobro presentado y que la tarifa aplicada corresponda al manual tarifario vigente, incluyendo la verificación de tarifas SOAT cuando aplique.

Como parte de la auditoría específica de gratuidad, se determina si el caso corresponde a un cobro asumido por la EPS por concepto de copago de servicios financiados con cargo al Plan de Beneficios en Salud (PBS) o a una cuota de recuperación asociada a servicios no financiados con cargo al PBS. Igualmente, se verifica que el porcentaje del copago y su acumulado anual se encuentren dentro de los límites permitidos, que el evento no corresponda a servicios excluidos del beneficio de gratuidad y que la factura cumpla con la validación del tipo de servicio y el régimen de cobro aplicable.

Cuando la cuenta cumple con todos los criterios de auditoría, se elabora la certificación correspondiente y se remite al equipo de control para continuar con el trámite administrativo y su posterior envío al proceso de Cuentas por Pagar. En caso de identificarse inconsistencias, se calculan las glosas, se diligencia el formato institucional y se remite al prestador para que presente los soportes o aclaraciones pertinentes. Si las diferencias persisten, se programa la conciliación de glosas y, una vez concluido este procedimiento, se emite la certificación definitiva de auditoría para continuar con el reconocimiento y pago de los valores aceptados o ratificar las glosas no aceptadas.

Este procedimiento garantiza la correcta aplicación de las disposiciones relacionadas con la gratuidad en salud, fortalece el control sobre los recursos públicos destinados a la financiación de los servicios de salud y asegura la trazabilidad de las actuaciones desarrolladas durante el proceso de auditoría.

Flujograma proceso de auditoría cuentas médicas (gratuidad)



Referencias

- Villegas, A. (s. f.). *Auditoría de cuentas médicas: Cómo controlar costos y mejorar la gestión en salud*. Politécnico de Suramérica. Recuperado el 10 de junio de 2026, de <https://www.polisura.edu.co/auditoria-de-cuentas-medicas-como-controlar-costos-y-mejorar-la-gestion-en-salud>
- Jaramillo, A. (2024, 6 de diciembre). *Todo lo que necesitas saber sobre facturación electrónica en el sector salud*. Alegra. <https://escuela-emprendedores.alegra.com/colombia/facturacion-sector-salud/#que-es-facturacion-en-salud>
- Popé, K. (2026, 30 de marzo). *Proceso de facturación en salud: Guía 2026 Colombia*. Medesk. <https://www.medesk.net/es/blog/el-proceso-de-facturacion-en-salud/>
- Restrepo, L. (2025, 30 de mayo). *Glosas en salud: Mejora la facturación y el control en tu centro médico*. Siigo. <https://www.siigo.com/blog/obligaciones-fiscales/glosas-salud-gestion-eficiente/>
- LEGIS. (s. f.). *El abecé de la historia clínica en Colombia*. Ámbito Jurídico. Recuperado el 10 de junio de 2026, de <https://www.ambitojuridico.com/noticias/analisis/civil-y-familia/el-abece-de-la-historia-clinica-en-colombia>
- SalusPlay. (s. f.). *Tema 2. La historia clínica*. En *Apuntes de salud digital*. Recuperado el 10 de junio de 2026, de <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-salud-digital/tema-2-la-historia-clinica>
- Consultorsalud. (2020, 16 de enero). *Glosas por servicios y medicamentos*. <https://consultorsalud.com/glosas-por-servicios-y-medicamentos/>