

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/2017
		Versión: 01
		Página 1 de 37

1. OBJETIVO

Coordinar el proceso de Radicación, auditoria y cancelación de los servicios de salud de la población pobre no asegurada, población especial en condiciones de desplazamiento y eventos no POS a través de la facturación remitida por las E.S.E e I.P.S con el fin de garantizar y vigilar que los recursos utilizados en la compra de servicios sea eficiente su utilización para lograr satisfacer a nuestros clientes externos e internos en la prestación del servicio cumpliendo con los objetivos de la Oficina de Prestación de servicios.

2. ALCANCE

El presente documento aplica para el procedimiento de financiera del proceso de prestación de Servicios.

3. RESPONSABLES

- Coordinador de PSS
- Líder del procedimiento
- Funcionarios del procedimiento.

4. ASPECTOS GENERALES

- POS: Plan Obligatorio de Salud.
- DOCUMENTO DE AFILIACIÓN EN SALUD: Puede ser Sisben, carné de régimen subsidiado o contributivo, certificación o documento de población especial, constancia de población desplazada, constancia de población indígena.

Elaboró		Revisó		Aprobó	
Profesional Especializado De Prestación de Servicios de Salud		Funcionario Designado con funciones de Coordinador de Prestación de Servicios de Salud		Director Instituto Departamental de Salud Norte de Santander	
Fecha	01/12/2017	Fecha	01/12/2017	Fecha	01/12/2017

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 2 de 37

5. DESARROLLO

5.1 CUENTAS MEDICAS

DEFINICIONES:

Facturación por evento: es la factura que se genera por la prestación de servicios de salud de todos y cada uno de los eventos que se causan en la atención del usuario. Se determinan los valores de cada uno de los servicios de manera individual (medicamentos, intervenciones, apoyo diagnóstico, hospitalización y otros); el costo total de cada paciente es diferente.

Facturación por capitación: es la factura que se genera por la prestación de servicios de salud correspondiente a un valor fijo mensual por cada persona inscrita en una lista o base de datos.

Objeción: observación o argumento que se esgrime en contra de una conducta o decisión tomada, para negar su validez o señalar alguna deficiencia en su razonamiento.

Glosa: observación, argumento u opinión, que se esgrime para no reconocer el pago total o parcial de una factura, generada por la prestación de servicios de salud por una IPS. Este concepto señala alguna deficiencia en su cobro, o determina que no se encuentra acorde con la normatividad en salud vigente al respecto o lo establecido contractualmente.

Reporte de glosa: comunicación escrita de una objeción que se realiza a una factura.

Reporte de devolución: comunicación escrita del no pago de la totalidad de la factura por competencia en soportes o algún otro factor que obstaculice la auditoría de la misma.

Respuesta a glosa: comunicación formal de la IPS soportando o adjuntando Nota Crédito por algún concepto de glosa previa.

Informe de auditoría: documento que contiene el resumen de los hallazgos en el proceso de auditoría de cuentas, a la facturación revisada; con un detallado de las glosas detectadas en valor y el concepto.

Nota Crédito: registro contable generado por la IPS, donde se acepta un valor glosado a una factura.

Factura Pre auditada: factura que se genera por la prestación de servicios de salud en una IPS, la cual ha sido auditada previamente por el auditor. en la institución donde se realizó la Auditoría médica concurrente, antes de ser enviada para su cobro a la EAPB.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 3 de 37

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud. Este es generado por la IPS.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad y legibilidad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 4 de 37

Registro de anestesia: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente, o tutor firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

Hoja de traslado o remisión: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos requeridos para su eficaz tratamiento y solicita otros servicios complementarios bien sea médico, quirúrgico y/o terapéutico. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA: Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.

Historia clínica: es un documento legal, privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo, o cuando alguna autoridad competente lo requiera, para lo cual debe mediar solicitud oficial escrita.

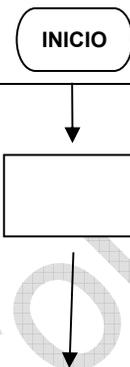
Hoja de atención de urgencias. Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas; principalmente en las IPS de baja complejidad.

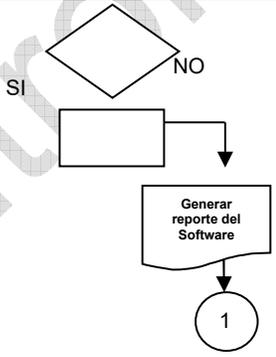
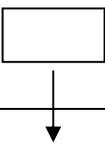
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 5 de 37

Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, que incluyendo el nombre, (genérico y/o comercial previamente autorizado) presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

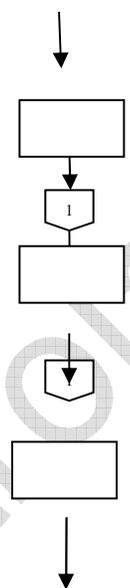
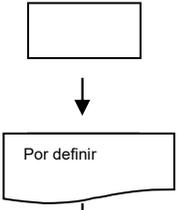
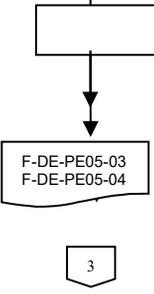
5.1.1 CUENTAS MÉDICAS RED PÚBLICA Y PRIVADA

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1		<p>Las entidades presentan ante el IDS - subgrupo PSS las cuentas con los soportes correspondientes:</p> <p>Ambulatorios</p> <p>RIPS Factura Original Completa acorde Normatividad Vigente, Formato MYT, Copia del CTC o Fallo de Tutela(Según el caso) Soporte de Servicios Prestado (Orden Medica, Formula Medica, Certificación del Prestador) la cual debe estar debidamente firmada por el usuario/ acudiente /afiliado.</p> <p>Urgencias</p> <p>RIPS Factura Original Completa acorde Normatividad Vigente, Formato MYT, Copia del CTC o Fallo de Tutela(Según el caso) Soporte de Servicios Prestado (Orden Medica, Formula Medica, Certificación del Prestador) la cual debe estar debidamente firmada por el usuario/ acudiente /afiliado. Copia de la Atención Inicial de Urgencias</p> <p>Hospitalización</p> <p>RIPS Factura Original acorde Normatividad Vigente, Formato MYT,</p>		

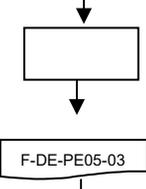
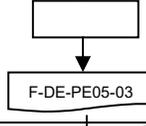
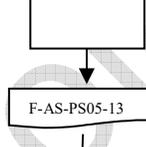
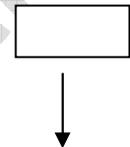
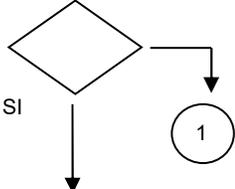
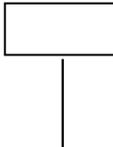
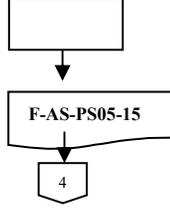
	ATENCIÓN EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 6 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>Copia del CTC o Fallo de Tutela(Según el caso) Soporte de Servicios Prestado (Orden Medica, Formula Medica, Certificación del Prestador) la cual debe estar debidamente firmada por el usuario/ acudiente /afiliado. Epicirisis de la Atención</p> <p>La facturación debe entregarse los primeros 10 días calendarios de cada mes para la red pública y privada del Departamento con o sin contrato y urgencias fuera del departamento se reciben todo el mes.</p>		
2	Ingeniero de Sistemas	<p>Validar los RIPS por el Software DKD, verificando que cumpla con lo estipulado en los Lineamientos del Ministerio.</p> <p>Revisar la calidad del dato de los RIPS (concordancia entre AF y las actividades realizadas al usuario- que en cada campo se registren los datos correspondientes y el CIE 10 corresponda a la HC)</p> <p>Realizar la validación de derechos a través del ADRES y DNP (guardar pantallazo en magnético)</p> <p>Una vez validados, se cargan en el software en el modulo de radicación</p> <p>En caso de no cumplir con el proceso de validación, generar el reporte por el software y notificar en formato institucional a la IPS.</p>		Verificar RIPS enviados al MSPS
				Verificar revisión y notificaciones
3	Auxiliar Administrativa	Ingresar al software modulo de Radicación, verifica el cargue de los RIPS y recepcioná la Cuentas de cada entidad prestadora en		

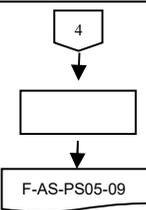
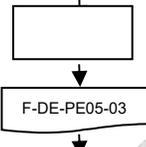
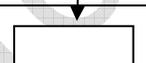
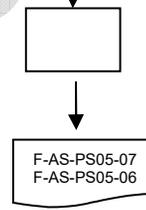
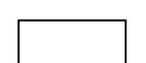
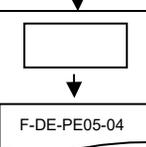
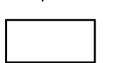
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 7 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		físico.		
4	Auxiliar Administrativa.	<p>a. Verificar que el paquete de cuentas, incluya la certificación de pago de parafiscales y la planilla de pago correspondiente al mes a radicar. (En caso de no presentar la certificación, no se recibe la facturación)</p> <p>b. Verificar que el valor del radicado en RIPS y factura coincida con el físico que trae la entidad prestadora del servicio.</p> <p>c. Realizar el punteo de cada factura una a una, verificando con lo cargado en el sistema y el físico presentado por la ESE e IPS.</p> <p>d. Sellar cada una de las facturas, generar número de radicado y asignar auditor.</p>		<p>Verificar pago de parafiscales. (Ley 789/2002)</p> <p>Verificar facturas</p>
5	Auxiliar administrativa (planta)	Entregar los paquetes de facturas a cada auditor en medio físico (urgencias, ambulatorias y hospitalización), de acuerdo a la asignación del Medico Auditor Líder. (1 día hábil). Formato de Entrega De Facturación a Auditores		Verificar Formato de Entrega De Facturación a Auditores
6	Auditor de Cuentas Medicas	<p>Recibir los paquetes de facturas con el respectivo radicado.</p> <p>Auditar la facturación,</p> <p>Realizar cruce de tarifas según lo pactado en cada contrato.</p> <p>Generar las certificaciones a través del Software DKD.</p>		Informes de auditores

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MÉDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 8 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
15	Auditor de cuentas médicas	Notificar las Glosa Parciales por correo electrónico institucional y/o correspondencia institucional al prestador F-DE-PE05-03 Comunicación Externa		Verificar comunicaciones
16	Auditor de cuentas médicas	Entregar certificación de glosa parcial (Forma Física) al supervisor F-DE-PE05-04 Comunicación Interna		Verificar comunicaciones
17	Auditor de cuentas médicas	Entregar a la técnico administrativa las certificaciones, glosas y los paquetes de las facturas. F-AS-PS05-13 formato de entrega de cuentas auditadas		Verificar control de entrega
18	Técnico administrativa planta	Retroalimentar el formato de trazabilidad con el proceso de auditoria glosas parciales. Organizar la cuenta para enviar a registro contable y archivar (2 días).		Verificar el reporte y archivo
19	NA	La entidad contratada da o no respuesta durante 15 días hábiles		
20	Técnico Administrativa	Recibir y verificar las respuestas de las glosas dadas por los prestadores de servicios		
21	Técnico Administrativa	Relacionar las glosas en el formato y entregarlas al auditor correspondiente (2 días hábiles) F-AS-PS05-15 Formato control de respuestas y ratificación de glosas		Verificar formato control de entrega de

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 9 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
22	Auditor de cuentas médicas	Recibir, levantar o ratificar la glosa en el software de glosas dentro de los ocho (8) días hábiles después de recibida la misma. F-AS-PS05-09, ratificación		Verificar software
23	Auditor de cuentas médicas	Notificar a la entidad prestadora la ratificación de la glosa a través del correo electrónico y/o correspondencia institucional F-DE-PE05-03 Comunicación Externa firmada por el Coordinador de Prestación de Servicios.		Verificar comunicaciones
24	Auditor de cuentas médicas	Entregar a la técnico administrativa las glosas levantadas ratificadas y los paquetes de las facturas (1 día)		Verificar control de entrega
25	Técnico administrativa	Organizar la cuenta para enviar a registro contable y archivar (2 días)		Control de entrega
26	Auditor de cuentas médicas	Si surge actividad de conciliación con IPS ó ESE auditada previo a la liquidación del contrato, se informa al líder de financiera y a un jurídico de PSS para que acompañen el proceso de conciliación, se realiza la conciliación y se genera acta y certificación de Glosas. F-AS-PS05-07, Acta de glosa F-AS-PS05-06, Certificación de glosa definitiva		Verificar actas
27	Auditor de cuentas médicas	Entrega el acta de conciliación de glosas junto con la relación de las facturas conciliada en medio físico y medio magnético y la certificación de glosa definitiva al ESE o IPS		
28	Auditor de cuentas médicas	Entregar a los supervisores de los contratos y técnico administrativa el acta de conciliación y la certificación de glosa definitiva. F-DE-PE05-04 Comunicación Interna		Verificar comunicaciones
29	Técnico administrativo	Recibir y archivar los formatos en los expedientes correspondientes		Verificar archivo

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 10 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
			(FIN)	

5.2 RECOBROS

DEFINICIONES:

Acta de Comité Técnico Científico (CTC): Formato definido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social en el cual se registra la decisión justificada de aprobar o desaprobar el suministro de una tecnología en salud No POS, suscrita por los miembros que integran el Comité y que participan en la sesión, foliada y con los soportes utilizados como base de la decisión. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

Acta de Conciliación: Documento que contiene el resultado de una reunión de conciliación, en donde intervienen y firman el responsable de la auditoría integral de la Secretaría de Salud Departamental y el representante debidamente autorizado por la Administradora de Planes de Beneficios, y en donde se registran los acuerdos surgidos en la reunión.

Administradora de Planes de Beneficios: Entidad que garantiza el suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud a uno de sus afiliados en virtud de una autorización de Comité Técnico Científico CTC o de una orden judicial y solicita ante la Secretaría de Salud Departamental o la entidad que esta defina el pago de dichas tecnologías a sus proveedores.

Atención Inicial de Urgencias: Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Atención de Urgencia: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

Auditoría Integral: Es la etapa en la cual la Secretaría de Salud Departamental o la entidad que ésta designe, verifica el cumplimiento de los requisitos para el pago de los cobros y solicitudes de pago que presenten las Entidades Administradoras de beneficios, teniendo en cuenta los ámbitos administrativos, técnico-médico, jurídico y financiero.

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 11 de 37

Aval de pago: Documento que expide la Secretaría de Salud Departamental o entidad que ésta designe, luego de haber realizado el proceso de auditoría integral de la solicitud de pago, en donde informa el valor a pagar y con el cual garantiza de manera objetiva que dicha obligación es procedente para su reconocimiento y pago por parte de la Secretaría de Salud Departamental de acuerdo a la normatividad vigente.

Base de Datos: Plataforma tecnológica que permite almacenar información de forma organizada con base en una parametrización previamente establecida. Es una herramienta con la cual se efectúan validaciones en el proceso de verificación para control y pago de los recobros y las solicitudes de pago presentadas ante la Secretaría de Salud Departamental.

Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): Base de datos de aportantes y afiliados plenamente identificados, que contiene la información de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes especiales y exceptuados del mismo y planes adicionales.

Cantidad autorizada: Cantidad total de servicios o tecnologías en salud No POS que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario.

Caja de Compensación Familiar (CCF): Entidades privadas, sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones de carácter civil, vigiladas por la Superintendencia de Subsidio Familiar que pueden tener dentro de sus programas, como unidad de negocio, a una Entidad Promotora de Salud.

Carta Glosa de Solicitudes de pago: Formato de comunicación de las glosas encontradas durante el proceso de auditoría integral de las solicitudes de pagos, mediante el cual se informa a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, el detalle de las objeciones realizadas.

Documento del Proveedor con Detalle de Cargos: Documento de la persona natural o jurídica que suministra a la Administradora de Planes de Beneficios una tecnología en salud No POS, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se utiliza para las prestaciones facturadas por paquete, programa, clínicas o conjuntos de atención entre otros y que no corresponden a servicios unitarios, cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud No POS por cada usuario o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.

Certificación del proveedor cuando la factura incluye el tratamiento de más de un afiliado: Documento del proveedor que permita establecer que la Tecnología en Salud que se relaciona en la factura, fue suministrada a más de un afiliado, en cuyo caso deberá identificarse con nombre o tipo y número de identificación.

Certificación del representante legal cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor no le sea posible identificar el usuario: Es un documento en el cual se indica a qué factura se imputa la tecnología en salud no POS y el (los) paciente(s) a quien (es) le(s) fue suministrada, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente.

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 12 de 37

Certificación del representante legal cuando la Administradora de Planes de Beneficios importa directamente el medicamento objeto de la Solicitud de pago: Documento en donde se informe que la Tecnología en Salud cobrada, fue directamente importada por la Administradora de Planes de Beneficios, en cuyo caso, se deberá anexar a los demás documentos requeridos por la Normativa Vigente.

Certificación del representante legal cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados: Documento en donde se informe que los medicamentos importados para un usuario específico quedaron disponibles y serán utilizados en otro paciente que lo requiera.

Certificación del representante legal cuando la copia del CTC no cuente con la totalidad de las firmas: Documento que certifique que el Comité se llevó a cabo con los 3 integrantes requeridos en la norma y que solo hizo falta la firma de uno de ellos con su justificación.

Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión para Colombia (CIE 10): Es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología y la gestión de la salud, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países. Consiste en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y sub categorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa.

Código Interno del Proveedor de Tecnologías en Salud No POS: Identificación asignada por el proveedor de procedimientos e insumos que no están incluidos en las codificaciones adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos: Comisión de alto nivel creada por la Ley 100 de 1993, integrada por el Ministro de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo y, un Delegado personal del Presidente de la República, encargada de dictar las políticas de regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos

Comité Técnico Científico (CTC): Comité conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de su red y un (1) representante de los usuarios, cuya función es analizar, las tecnologías en salud no incluidas en el POS ordenadas por los médicos tratantes a fin de aprobar o desaprobar la solicitud considerando lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013 y 1479 de 2015. Podrá hacer parte de este comité un representante de la SSDC con voz pero sin voto, acorde con lo definido en la resolución 1479 de 2015.

Comparador Administrativo: Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud POS, que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios utilizarán para

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 13 de 37

definir el monto a cobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de solicitudes de pago.

Concentración del Medicamento: Cantidad de principio activo que contiene un medicamento, en un determinado peso o volumen.

Conciliación de Glosas: Reunión sostenida entre la Secretaría de Salud Departamental o entidad que ésta designe, responsable de la auditoría integral de los recobros y de las solicitudes de pago y el representante debidamente autorizado de la Administradora de Planes de Beneficios (ver definición en el numeral 3), con el fin de discutir y llegar a acuerdos sobre glosas realizadas, mutuamente beneficiosos y cumpliendo con la normatividad vigente y el presente procedimiento de solicitudes de pago.

Cuota Moderadora: Aporte en dinero que hacen los cotizantes y beneficiarios en algunos servicios que tiene por objeto regular la utilización de los mismos y estimular su buen uso. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Administradora de Planes de Beneficios.

Copago: Aporte en dinero que hacen los beneficiarios correspondiente a una parte del valor del servicio requerido y tienen como finalidad ayudar a financiar el SGSSS.

Código Único de Medicamentos (CUM): Identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país.

Declaración de Importación: Documento mediante el cual se informa a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, los datos relativos a la tecnología a importar, la llegada al territorio aduanero, se liquidan los tributos aduaneros y se solicita el levante a efectos de la nacionalización de la misma. Acredita la introducción legal de una tecnología al territorio nacional.

Declaración Andina de Valor: Documento soporte de la declaración de importación que está previsto por la DIAN. En él se consigna la información técnica respecto a las condiciones y circunstancias de la operación comercial que da lugar a la importación de la tecnología, que sirven para determinar el valor aduanero de la misma.

Documento Equivalente a Factura de Venta: Documento soporte que equivale a la factura de venta, expedido por el proveedor de la tecnología en salud No POS, tales como: tiquetes de máquina registradora, tiquetes o billetes de transporte de pasajeros, incluido el tiquete o billete electrónico y la factura electrónica.

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 14 de 37

Denominación Común Internacional (DCI): Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

Días/Tratamiento: Cantidad del medicamento que se administra para mantener el efecto farmacológico, una vez se obtiene la concentración plasmática o una determinada respuesta clínica. También se define como la dosis administrada durante el estado estacionario por unidad de tiempo o por intervalo de dosificación.

Disponibilidad del Medicamento Importado: Corresponde a sobrante de medicamento importado para un usuario específico, que por razones ajenas a la Administradora de Planes de Beneficios no se puede utilizar en éste.

Dosis del Medicamento: Cantidad indicada para la administración de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.

Dosis/Día: Cantidad de medicamento que se administra durante 24 horas.

Epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, o de hospitalización, de acuerdo con los contenidos y características definidos en la Resolución 3374 de 2000, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

Equipo Biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Etapas del Proceso de Verificación y Control de los recobros y de las Solicitudes de pago: Los recobros y las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, surtirán las siguientes etapas de verificación y control: a. Etapa de Radicación: Consiste en la presentación y validación de los Formatos Anexo 1, MYT, MYTR (ver definición en los numerales 50 – 51 – 52) junto con los medios magnéticos y los soportes en medio impreso, según la resolución 5395 de 2013, por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental. b. Etapa de Auditoría Integral: El objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de las solicitudes, conforme al procedimiento establecido y al manual de auditoría adoptado por la Secretaría de Salud Departamental en el presente documento.

Extemporaneidad: Corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de pago por parte de las Entidades Administradoras de Planes de beneficios y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Proveedores) al no adelantar la etapa de radicación ante la Secretaría de Salud Departamental o la entidad que ésta defina, dentro del plazo que se establezca en el presente procedimiento, tomando como base la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago, es decir la fecha de radicación

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 15 de 37

de la factura de venta o documento equivalente por parte del proveedor ante la entidad solicitante del pago o de la ocurrencia del evento o prestación del servicio. Si su vencimiento sucede en día posterior al día de radicación, se entiende radicado en tiempo, siempre y cuando se presente en el período de radicación inmediatamente siguiente.

Evidencia de Entrega: Prueba que permite a la entidad solicitante del pago, demostrar que la tecnología autorizada u ordenada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada en el mismo.

Factura de Venta: Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario y que el proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS entrega al comprador de la misma y responsable del pago.

Fallo de Tutela: Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías sin cobertura en el POS.

Fecha de Elaboración del Acta de Comité Técnico Científico: Corresponde a la fecha en que los integrantes del Comité Técnico Científico elaboran el acta de la sesión en la cual se evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud No POS.

Firmas: Corresponden al registro autógrafo o digital que respalda un documento, físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y de ser vinculado con su contenido.

Forma Farmacéutica: Forma física en que se presenta un producto farmacéutico terminado, que tiene como objetivo fundamental proteger el fármaco y facilitar su dosificación y aplicación terapéutica, tales como: tableta, cápsula, gragea, polvo para suspensión, solución inyectable, etc.

Fórmula u Orden Médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos o solicita los servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos.

Fórmula o Preparación Magistral: Preparado o producto farmacéutico elaborado por un químico farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

Formato Anexo 1. Formato resumen de la radicación que contiene el listado de los cobros de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que contiene la radicación, con los datos generales de cada uno. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la Administradora de Planes de Beneficios y debe anexarse a cada uno de los paquetes generales o reclamaciones de cobro radicados ante la Secretaría de Salud Departamental. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento). Para el caso de solicitudes de pago en virtud de la Res. 1479 de 2015, deben presentarse paquetes por proveedor.

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 16 de 37

Formato MYT – R: Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico Científico y/o fallos de tutela) y por proveedor de las tecnologías sin cobertura en el POS para el caso de solicitudes de pago en virtud de la Res 1479 de 2015 y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad solicitante del pago y debe anexarse a cada una de los paquetes generales o reclamaciones de recobros y solicitudes de pago radicados ante la Secretaría de Salud Departamental. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

Formato MYT– 01: Formato de presentación de recobros y solicitudes de pago de tecnologías sin cobertura en el POS autorizadas por CTC, el cual debe anexarse a cada una de las solicitudes individuales por CTC radicados ante la Secretaría de Salud Departamental. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

Formato MYT– 02: Formato de presentación de recobros de tecnologías sin cobertura en el POS ordenadas por fallos de tutela, el cual debe anexarse a cada una de las solicitudes individuales por tutela, radicados ante la Secretaría de Salud Departamental. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

Fuera de Término en la Presentación de la Objeción: Cuando se presenta y sustenta la objeción después del término establecido en el procedimiento tomando como base la fecha de comunicación del resultado de auditoría.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de la solicitud, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente y en el presente procedimiento.

Identificación del Usuario: Corresponde al número de identificación del usuario para el cual el CTC autoriza la tecnologías sin cobertura en el POS, o el fallo de tutela que ordena tecnologías sin cobertura en el POS.

Insumo Médico: Artículo, instrumento, aparato o artefacto, máquina, software, equipo biomédico, utilizado solo o en combinación, incluyendo componentes, partes o accesorios fabricados, para uso en diagnóstico, tratamientos, restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura corporal en un ser humano.

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 17 de 37

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): Ente cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras) organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las Entidades Promotoras de Salud – EPS's o fuera de ellas.

Justificación Médica de la Necesidad de una Tecnología No POS: Documento diligenciado por el médico tratante que solicita la tecnologías sin cobertura en el POS, en donde sustenta la necesidad del usuario y registra claramente los datos necesarios para que el Comité Técnico Científico (CTC), analice y tome la decisión de aprobación.

Justificación médica de la necesidad de una tecnología NO POS: Documento diligenciado por el médico tratante que solicita la tecnología NO POS, en donde sustenta la necesidad que tiene el usuario de acuerdo a su condición médica, de recibir un servicio o tecnología sin cobertura en el POS, registra y justifica claramente con los datos necesarios para que el Comité Técnico Científico (CTC), analice y tome la decisión de aprobación.

Justificación Médica de Tecnologías en Salud Ordenadas por Fallos de Tutela que No sean Expresos o que Ordenen Tratamiento Integral: Formato diseñado por la Dirección de Administración de fondos en el cual un médico de la entidad solicitante del pago debe registrar y justificar técnico científicamente la(s) tecnología(s) en salud suministrada(s) a un paciente en virtud dar cumplimiento a lo ordenado en un fallo de tutela que no sea expreso o que ordene un tratamiento integral. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

Manual de Terapéutica: Conjunto de instrucciones, reglas o normas que se encargan de establecer los medios para el tratamiento de dolencias y afecciones con la finalidad de lograr la curación o minimizar los síntomas.

Malla Validadora: Para el caso de recobros y solicitudes de pago es una herramienta disponible en la página del Fosyga: www.fosyga.gov.co, enlace: Mallas, archivo: Validador MYT, que permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de pago por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de pago por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobro y solicitudes de pago de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada). Esta malla se actualiza constantemente, por lo que se hace necesario disponer

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 18 de 37

de la última versión al momento de la validación de la información. La Secretaría de Salud Departamental, adopta esta malla validadora para la etapa de radicación de los recobros y las solicitudes de pago de tecnologías sin cobertura en el POS por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Medicamento: Preparación farmacéutica obtenida a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentada bajo una forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.

Medicamento Esencial: Preparación farmacéutica que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía de un país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud - POS, del SGSSS.

Medicamento Genérico: aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

Medicamento Vital No Disponible: Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

Medios Magnéticos: El término “medio magnético” se usa para describir cualquier formato en el que la información sea guardada y recolectada en la forma de una señal magnética. Formas comunes de medios magnéticos son las cintas magnéticas, los discos duros, los CD y los disquetes. Para efectos de los recobros y las solicitudes de pago de tecnologías sin cobertura en el POS, la Secretaría de Salud Departamental adopta los medios magnéticos establecidos en la resolución 5395 de 2013 para la etapa de radicación de las solicitudes por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Número de Acta de Comité Técnico Científico: Corresponde al número consecutivo que asigna la Administradora de Planes de Beneficios al acta de la sesión en la cual evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud No POS.

Objeción a los Resultados de Auditoría: Posibilidad de la entidad solicitante del pago, para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros y las solicitudes de pago, dentro del término establecido en el presente procedimiento establecido por la Secretaría de Salud Departamental.

Orden o Fórmula Médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos o solicita los servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos.

Plan Obligatorio de Salud (POS): conjunto de servicios de atención en salud (Actividades – Intervenciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos Médico quirúrgicos) a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 19 de 37

familiar. Corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria - prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad. Contiene las tecnologías en salud cubiertas en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado. Los afiliados a los regímenes especiales exceptuados del SGSSS, como son los miembros de las fuerzas armadas, los miembros del magisterio y empleados de Ecopetrol tienen un plan de salud diferente.

Precio Regulado: Valor establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, para algunos medicamentos con base en una metodología que establece los medicamentos que ingresan al régimen de control directo de precios.

Presentación Comercial: Forma de empaque y distribución de los medicamentos con sus respectivas medidas de contenido. Puede ser caja, blíster, sobre, frasco, x10 x20 x30 x500, unidades, mililitros, gramos, miligramos, entre otras.

Prestación de Salud: Servicios de salud suministrados a los habitantes del territorio nacional, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Prestación de Salud Única: Servicio de salud suministrado a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Prestación de Salud Única Repetida: Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, que presenta complicación, recurrencia o como consecuencia de una posible mala práctica o evento adverso, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Prestación de Salud Sucesiva: Servicio de salud suministrado a un usuario en forma periódica, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, en el que debe señalarse la frecuencia de uso, cantidad autorizada y el tiempo total que se autoriza.

Principio Activo: Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

Producto Biológico: Aquel que ha sido elaborado con materiales de partida de origen biológico, tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen vegetal o animal, células o fluidos de origen humano o animal y diseños celulares (sustratos celulares, sea o no recombinantes –incluidas las células primarias) así como otros de origen biotecnológico que se obtienen a partir de una proteína o ácido nucleico por tecnología ADN recombinante.

Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra a las Entidades Administradoras de planes de beneficios una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 20 de 37

Recobro: Procedimiento adelantado por una Administradora de Planes de Beneficios para presentar cuentas por concepto de tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios POS, suministradas a un usuario y autorizadas por Comité Técnico Científico u ordenados por fallo de tutela. Para efectos del recobro a la Secretaría de Salud Departamental, el recobro aplica para las solicitudes presentadas por suministro de tecnologías no incluidas en el POS, autorizadas por Comité Técnico Científico antes de la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 y del respectivo acto administrativo emitido por la Secretaría de Salud Departamental y para las cuentas presentadas en virtud de un fallo de tutela que faculte el recobro al ente territorial.

Recobro Individual: Paquete por paciente objeto de solicitud de pago y que debe soportarse con los siguientes documentos: 1. Copia del Acta de Comité Técnico Científico o Copia del fallo de tutela 2. Copia de la factura de venta o documento equivalente del proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS a nombre de la administradora de planes de beneficios y con constancia de cancelado. 3. Copia de la orden y/o fórmula médica. 4. Evidencia de entrega de la tecnología NO POS. 5. Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo. 6. Los demás soportes que la Administradora de Planes de Beneficios considere necesarios.

Recobro General o Paquete de Solicitud: Consolidado del conjunto de recobros presentado en cada radicación por la Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental, se identifica con un número y se soporta con los formatos MYT-R, Anexo 1 y el archivo plano o medio magnético.

Registro Médico: Número de registro profesional otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social o las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, el cual avala al médico para ejercer su profesión en el territorio colombiano.

Requisitos Esenciales del recobro y de la Solicitud de pago: Son los requisitos documentales y de información básicos, que debe tener los recobros y las solicitudes de pago en función de dar cumplimiento a la normatividad vigente y garantizar el reconocimiento y pago del valor cobrado. El incumplimiento de alguno de ellos derivará directamente en la aplicación de la glosa a que haya lugar.

Resultado del Proceso de Auditoría Integral: Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros y de las solicitudes de pago, conforme los lineamientos del presente procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías sin cobertura en el POS se genera el resultado que puede ser aprobado o glosado.

Recobro o Solicitudes de pago Aprobado: Cuando la totalidad de ítem del recobro o de la Solicitud de pago cumple con los requisitos, criterios de auditoría que determina el presente procedimiento y las normas legales vigentes. A los recobros y las solicitudes de pago aprobados, se les genera el respectivo aval de pago.

Recobro o Solicitudes de pago Glosado: Cuando mediante el proceso de auditoría se determina que los recobros y/o las solicitudes de pago no cumplen con uno o varios requisitos y/o criterios de auditoría que afectan su pago de manera parcial o total. Estas

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 21 de 37

inconsistencias son comunicadas a la Administradora de Planes de Beneficios quien puede argumentar, soportar, subsanar o aceptar la glosa.

Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander: Es la entidad responsable del pago de las tecnologías no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de usuarios del régimen subsidiado del Departamento, a través de los recobros o las solicitudes de pago presentados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios quienes garantizan el acceso a dichas tecnologías a través de Comité Técnico Científico (CTC) o fallo de tutela.

Solicitud de pago de tecnologías no cubiertas en el POS: Solicitud presentada por una Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas a los proveedores de tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico-Científico (CTC), luego de la entrada en vigencia de la resolución 1479 de 2015 y la emisión del acto administrativo por parte de la Secretaría de Salud Departamental.

Solicitud de pago Individual: Paquete por paciente objeto de solicitud de pago y que debe soportarse con los siguientes documentos: 1. Copia del Acta de Comité Técnico Científico. 2. Copia de la factura de venta o documento equivalente del proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS a nombre de la Secretaría de Salud Departamental. 3. Copia de la orden y/o fórmula médica. 4. Evidencia de entrega de la tecnología NO POS. 5. Los demás soportes que la Administradora de Planes de Beneficios considere necesarios.

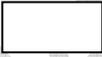
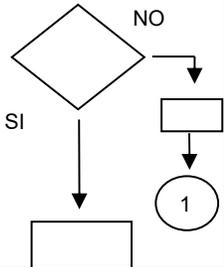
Solicitud de pago General o Paquete de Solicitud: Consolidado del conjunto de solicitudes de pago por proveedor presentados en cada radicación por la Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental, se identifica con un número y se soporta con los formatos MYT-R, Anexo 1 y el archivo plano o medio magnético.

Usuario del Servicio de Salud: Persona natural habitante del territorio nacional, afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluida en la Base de Datos Única de Afiliados.

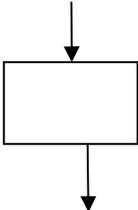
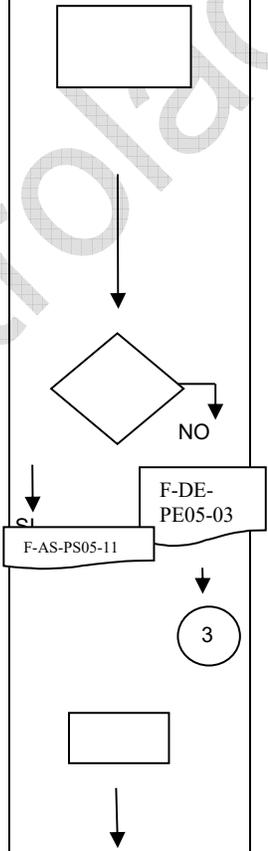
Tecnologías en Salud sin cobertura en el POS: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y que no se encuentran contenidos en el Plan de Beneficios determinado por la normatividad vigente.

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 22 de 37

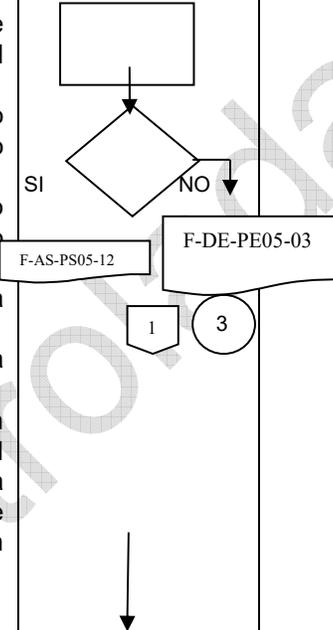
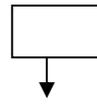
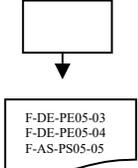
5,2.1 PRERADICACION

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1		Las entidades registra ante el IDS - subgrupo PSS - área auditoría de cuentas, correo electrónico auditoriapssids@ids.gov.co la información de cada solicitud de recobro/cobro		
2	Ingeniero De Sistemas	Recepcionar los correos enviados por las EPS y realizar la validación de la información con el software DKD del Instituto Departamental de Salud, verificando que cumpla con la Estructura		Verificar correo
3	Ingeniero de sistemas	Generar el Informe de la validación a través del Software. Envía el resultado de la validación a la EPS correspondiente y a la auxiliar de radicación. (24 horas)		
		Continúa a Radicación?		

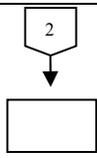
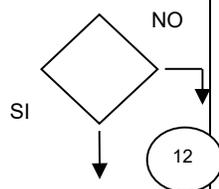
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 23 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
3		Las entidades presentan ante el IDS - subgrupo PSS - área auditoría de cuentas, las cuentas con los soportes correspondientes (Los cobros y recobros debe entregarse los primeros 15 días calendarios de cada mes)		
4	Auxiliar administrativa	<p>Recibir el paquete y verificar que contenga el formato MY y MYR junto con los respectivos soportes en medio físico y magnético. El Formato MYT R debe contener la firma del representante legal y contador público con su respectivo número de matrícula profesional. En caso de no presentar esta información se entenderá no presentada la presente solicitud.</p> <p>Verificar el embalaje, el foliado, la calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros en físico.</p> <p>Puntear las facturas una a una en el software y genera el radicado.</p> <p>Asigna en el sistema el preauditor a cada entidad</p> <p>Entrega al preauditor facturas de Cobro y recobro. F-AS-PS05-11 formato de facturación a Técnicos</p>		Verificar los paquetes
5	Técnico en auditoría	<p>Realiza la Pre auditoría en la cual verifica los soportes establecidos en la Resolución 5395 de 2013 del MSPS, Resolución 1479 de 2015 del MSPS y Resolución 2266 de 2015 del IDS</p> <p>Verifica que cada cobro y recobro tenga:</p>		Verificar paquetes de cuentas

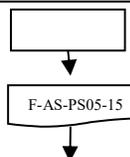
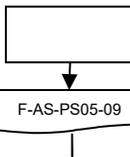
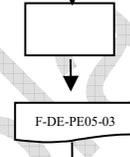
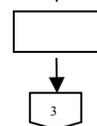
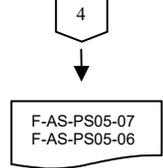
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 24 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>Formato MYT: documento que contiene los datos básicos de lo presentado en el medio magnético por la entidad recobranter.</p> <p>2. Copia del Acta de Comité Técnico Científico o Copia del fallo de tutela.</p> <p>3. Copia de la factura de venta o documento equivalente en caso de Recobro.</p> <p>4. Original de Factura de venta o documento equivalente en caso de Cobro.</p> <p>5. Copia de la orden y/o fórmula médica.</p> <p>6. Evidencia de entrega de la tecnología NO POS.</p> <p>7. Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.</p> <p>Generar un informe del estado de cada uno de las Facturas y notificar a la EPS las facturas que no cumplen con los requisitos. Consolidado de la relación de facturas glosadas. F-DE-PE05-03 Comunicación Externa</p> <p>Asignar Auditor en el Software y entrega al Auditor el paquete pre auditado con el correspondiente informe generado F-AS-PS05-12 formato de entrega de cuentas auditadas (12 días)</p>		
7	Auditor Designado	Audita facturas recibidas en un tiempo máximo de 60 días		Verificar auditoria
8	Auditor Designado	<p>Emitir informe de las objeciones parciales efectuadas tanto en medio físico como magnético.</p> <p>Elaborar oficio de certificación de glosas. F-AS-PS05-05 certificación objeción</p>		Verificar certificaciones y envío

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 25 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>parcial por auditor</p> <p>Enviar certificación del informe (Forma Física y Magnético) al representante legal de la Entidad que realiza el cobro y el recobro, a la dirección electrónica registrada por dicha y al domicilio informado por la misma dentro de los tres días hábiles siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. F-DE-PE05-03 Comunicación externa, F-DE-PE05-04 Comunicación Interna</p> <p>Entregar certificación de glosa parcial (Forma Física y magnética) y el oficio de notificación a la Entidad que realiza el cobro y el recobro a la Profesional de apoyo área financiera</p>		
9	Profesional de apoyo área financiera	Organizar el paquete para enviar a registro contable y archivar (2 días).		
10	NA	La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoria integral realizada a los cobros y recobros realizados dentro de los dos meses siguiente al recibido de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada a uno de los ítems de los cobros y recobros y en caso que presenten varias glosas a un mismo cobro y recobro deberán sustentar radicar por única vez la totalidad de las objeciones.		

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 26 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
12	Técnico Administrativo	Relacionar las glosas en el formato y entregarlas al auditor correspondiente (2 días hábiles) F-AS-PS05-15		Verificar formato de entrega de control de
13	Auditor Designado	Verificar la respuesta dada por la Entidad recobrante y tomar la decisión levantando o ratificando las objeciones parciales. (30 días hábiles) F-AS-PS05-09, ratificación		Verificar software
14	Auditor Designado	Notificar a Entidad Recobrante, la ratificación o levantamiento de las Objeciones. F-DE-PE05-03 Entrega informe general y la notificación realizada a la Entidad Recobrante a la Profesional de apoyo área financiera para su consolidación.		Certificación Glosa definitiva
15	Profesional de apoyo área financiera	Organizar para enviar a registro contable y archivar (2 días).		
16	Auditor Designado	Programar con la líder de financiera, un jurídico de PSS y la EPS-S auditada un proceso conciliatorio previo		Acta de resolución de glosas
17	Auditor Designado	Emite informe general al área financiera de la oficina para su consolidación de resultados de la conciliación. F-AS-PS05-07, acta de glosa F-AS-PS05-06, certificación de glosa definitiva		
18	Auditor de cuentas médicas	Entrega el acta de conciliación de glosas junto con la relación de las facturas conciliada en medio físico y medio magnético y la certificación de glosa definitiva		
19	Profesional de apoyo área financiera	Recibir y archivar los formatos en los expedientes correspondientes		Verificar archivo
				

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 27 de 37

5.3 RECONOCIMIENTO DE FACTURACION

Certificado de Disponibilidad Presupuestal: El certificado de disponibilidad presupuestal es un documento de gestión financiera y presupuestal que permite dar certeza sobre la existencia de una apropiación disponible y libre de afectación para la asunción de un compromiso, de ello, deviene del valor que la ley le ha otorgado, al señalar que cualquier acto administrativo que comprometa apropiaciones presupuestales deberá contar con certificados de disponibilidad presupuestal previos y cualquier compromiso que se adquiera con violación de esa obligación, generará responsabilidad, disciplinaria, fiscal y penal. El certificado de disponibilidad presupuestal no se constituye en un requisito esencial para la asunción de un compromiso presupuestal, como quiera, que es el registro presupuestal el requisito que según la ley se constituye en elemento indispensable para su perfeccionamiento.

Registro Presupuestal: El registro presupuestal, a diferencia del certificado de disponibilidad presupuestal, que afecta provisionalmente la apropiación existente, la afecta en forma definitiva. Esto implica que los recursos financiados mediante este registro no podrán ser destinados a ningún otro fin. En el registro se deberá indicar claramente el valor y el plazo de las prestaciones a las que haya lugar. Esta operación constituye un requisito de perfeccionamiento de los actos administrativos

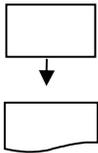
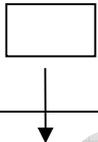
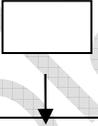
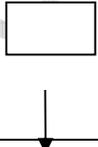
Acta de pago: Es un documento donde se relacionan las facturas objetos de cancelación

Comprobante de egreso: Es un documento que evidencia el pago de una factura

Trazabilidad:

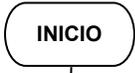
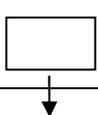
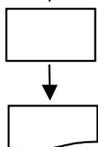
No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1	Profesional universitario	Elaborar la solicitud de Disponibilidad y Registro presupuestal de los pagos autorizados. F-GF-PO05-01 y F-GF-PO06-01		Oficio de solicitud y formatos elaborados
2	Profesional universitario	Entregar a la coordinación de PSS para su respectiva firma.		
3	Profesional universitario	Radicar la solicitud en Presupuesto para la expedición de la disponibilidad y el registro.		
				

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 28 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
4	Profesional universitario	Recibir la disponibilidad y registro y junto con los soportes de ley organizar el acta de pago. F-AS-PS05-03 o F-AS-PS05-04		Acta de pago
5	Profesional universitario	Radicar acta de pago en Contabilidad del IDS.		
6	Profesional universitario	Confirmar el pago y solicitar comprobante de egreso para archivarlo.		
7	Profesional universitario	Incluir el pago en el cuadro de radicación de cuentas PSS (Trazabilidad)		
				

5.4 RECONOCIMIENTO ANTICIPADO DE PROCEDIMIENTOS

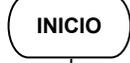
Resolución para pago: es un documento en el cual se ordena la cancelación de un servicio

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1	Profesional universitario	Recibir la solicitud de la tutela con sus documentos respectivos.		
2	Profesional universitario	Elaborar la resolución para pago. F-DE-PE05-01		Resolución
				

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 29 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
3	Profesional universitario	Llevar la resolución a la oficina del Director del IDS para su respectiva firma.	 ↓	
4	Profesional universitario	Solicitar número de resolución.	 ↓	
5	Profesional universitario	Radicar resolución con sus respectivos soportes (facturas) en central de cuentas.	 ↓	
6	Profesional universitario	Archivar copia de resolución y sus respectivos soportes.	 ↓	
7	Profesional universitario	Confirmar el pago y solicitar el comprobante de egreso para archivarlo en la carpeta del contratista e informar del pago para que proceda a prestar el servicio.	 ↓	
8	Profesional universitario	Incluir el pago en el cuadro de radicación de cuentas PSS. (Trazabilidad)	 ↓	
				

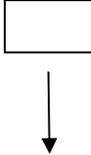
5.5 RECONOCIMIENTO DE CUENTAS SIN FINANCIACION

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
			 ↓	
1	Profesional universitario	Informar al Coordinador de PSS las cuentas pendientes de reconocimiento para que autorice su envío a contabilidad y sean registradas como cuentas sin financiar.	 ↓  ↓	Relación de cuentas sin financiar por pagar

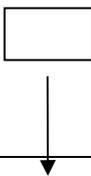
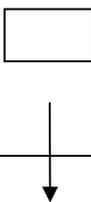
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 30 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
2	Profesional universitario	Organizar y clasificar la facturación sin financiación de cada IPS.		
3	Técnica de Prestación de Servicios	Enviar al Coordinador de PSS las actas de reconocimiento para su supervisión y firma. F-GF-PO06-01, F-GF-P016-01, F-GF-PO05-01 si existen recursos disponibles para pago se realizan las actividades del punto 5.2 (Reconocimiento de facturación)	  	Acta de pago
4	Técnica de Prestación de Servicios	Enviar la facturación y las actas a Contabilidad para ser registradas en los libros contables	 	
5	Profesional universitario	Verificar saldos presupuestales, si existen nuevas incorporaciones y hay disponibilidad.	  	
6	Profesional universitario	Informar al Coordinador de PSS, la existencia de saldos para que autorice el pago de las cuentas sin financiar.	  	
7	Profesional universitario	Solicitar a Contabilidad la facturación que se reconocerá, una vez autorizado las cuentas por pagar.	 	
8	Profesional universitario	Solicitar a la Oficina de presupuesto disponibilidad y registro.	 	

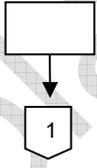
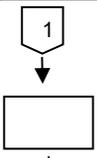
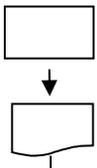
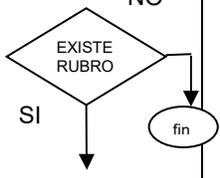
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 31 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
9	Técnica Prestación de servicios	Recibir la facturación y los certificados, elaborando las actas y las entregas a la Coordinador de PSS para su firma.		
10	Técnica Prestación de servicios	Radicar en Contabilidad para que inicie el proceso de giro		
				

5.6 EJECUCION PRESUPUESTAL OFICINA DE PRESTACION DE SERVICIOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1	Profesional universitario	Recibir la ejecución Inicial por parte de la oficina de presupuesto del Instituto.		
2	Profesional universitario	Realizar el seguimiento de las disponibilidades que se giren por concepto de Urgencias, Contratación Red Privada y Pública.		
3	Profesional universitario	Verificar que los dineros destinados sean comprometidos mediante la expedición del CRP.		
4	Profesional universitario	Registrar en el cuadro presupuestal los valores girados por cada rubro y		

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 32 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		confrontarlos con los saldos de la oficina de presupuesto. (10 primeros días de cada mes).		
5	Profesional universitario	Revisar las disponibilidades o registros presupuestales que no registran compromisos u obligaciones respectivamente.		
6	Profesional universitario	Informar a la Coordinación de PSS los registros presupuestales que no registran compromisos u obligaciones respectivamente.		
7	Coordinación de PSS	Autoriza que se realice el ajuste de los saldos no ejecutados.		
8	Profesional universitario	Elaborar Oficio y cuadro donde se relacione Beneficiario N. de CDP o CRP, fecha y valor a ajustar. F-DE-PE05-04		Oficio
9	Profesional universitario	Llevar oficio a la coordinación de PSS y posteriormente Director del Instituto para su respectiva firma.		
10	Profesional universitario	Entregar oficio en la oficina de Presupuesto.		
11	Profesional universitario	Recibir respuesta de la oficina de presupuesto. F-DE-PE05-04		Oficio

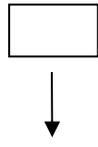
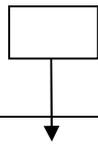
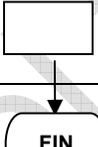
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 33 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
12	Profesional universitario	Sumar los valores a los rubros correspondientes.	□	
13	Profesional universitario	Elaborar proyecto de presupuesto de la oficina de PSS para la nueva vigencia y enviarlo a la oficina de presupuesto.	↓ □ ↓	
			○ FIN	

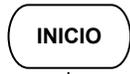
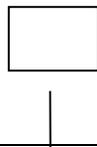
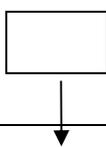
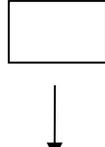
5.7 CAJA MENOR

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
			○ INICIO	
1	Profesional universitario	Solicitar la adjudicación de la caja menor, el monto y Responsable.	↓ □	
2	Profesional universitario	Elaborar oficio de solicitud de Disponibilidad y registro presupuestal para la apertura de la caja Menor. F-DE-PE05-04	↓ □ ↓ □	Oficio de solicitud
3	Profesional universitario	Llevar oficio a la Coordinación de PSS para su visto bueno.	↓ □	
4	Profesional universitario	Llevar oficio a la Dirección del IDS para ser firmado.	↓ □	
5	Profesional universitario	Elaborar la Resolución de Caja Menor. F-DE-PE05-01	↓ □ ↓	Resolución

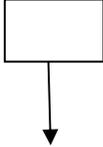
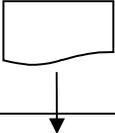
	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 34 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
6	Profesional universitario	Llevar oficio a pagaduría con sus respectivos soportes para que sea girado el valor correspondiente.		
7	Profesional universitario	Revisar los gastos menores y presentarlos a la coordinación de PSS para que sean autorizados.		
8	Profesional universitario	Revisar que se haya ejecutado el 70% del valor asignado de caja menor y solicitar el reembolso.		
				

5.8 SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL RECURSO HUMANO CONTRATADO Y DE PLANTA PARA FUNCIONAMIENTO DE LA OFICINA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1	Profesional universitario	Verifica listado de personal enviado por talento humano y personal existente prestando el servicio.		Relación de Personal en tabla de Excel
2	Profesional universitario	Clasifica al talento humano según proceso y ubicación dentro de la oficina de PSS		Relación de Personal en tabla de Excel
3	Profesional universitario	Solicita la ejecución presupuestal mensual a la oficina de presupuesto del IDS		Acta de pago

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 35 de 37

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
4	Profesional universitario	Solicita ejecución presupuestal de comisiones y desplazamiento del talento humano de la oficina de PSS por profesional		Relación de comisiones y desplazamientos
5	Profesional universitario	Elaborar informe trimestral de ejecución de talento humano para coordinación		Informe ejecución talento humano
				

6. MARCO LEGAL

- Constitución Política de Colombia
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Resolución 3099 de 2008
- Ley 1122 de 2007
- Decreto 4747 de 2007
- Resolución 3374 de 2000
- Ley 1438 de 2011
- Acuerdo 029 de la CRES
- Indicadores
- Resolución 1479 de 2015
- Resolución 2266 de 2015
- Resolución 5395 de 2013
- Ley 789/2002

7. INDICADORES

- PORCENTAJE DE FACTURACION AUDITADA

Valor facturación auditada mes / Valor facturación radicada mes x 100

- PORCENTAJE GLOSA DEFINITIVA

Valor glosa definitiva por trimestre / Valor facturación con glosa parcial por trimestre x 100

- PORCENTAJE GLOSA INICIAL

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 36 de 37

Valor glosa inicial por trimestre / Valor facturación auditada por trimestre x 100

- PORCENTAJE EJECUCIÓN DE CONTRATACIÓN CON LA RED PRESTADORA

Valor avalado para pago por trimestre/valor del contrato trimestre x 100

- PORCENTAJE DE PAGO DE URGENCIAS SIN FUENTE DE FINANCIACIÓN

Nº facturas auditadas por mes/Nº facturas pagas en el mes x 100

- DÉFICIT SIN FUENTE DE FINANCIACIÓN

Valor avalado para pago de urgencias fuera de la red no contratada en el mes- valor pagado en el mes

- DEUDA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO POSS CON EPSS

valor pagado en el trimestre- Valor avalado para pago de servicios recobrados por las EPSS en el trimestre

8. REGISTROS DEL PROCEDIMIENTO DE FINANCIERA

	Código	Nombre
Indicadores	F-AS-PS05-01	Reporte de Indicadores
Cuenta medicas	F-AS-PS05-05	Certificación Objeción Parcial Por Auditor
	F-AS-PS05-06	Certificación Glosa Definitiva por Auditor
	F-AS-PS05-07	Acta de Glosa
	F-AS-PS05-08	Certificación facturación a supervisores
	F-AS-PS05-09	Ratificación (respuesta Entidad)
	F-AS-PS05-10	Ratificación (No Respuesta Entidad)
	F-AS-PS05-11	Formato entrega de facturación a tecnicos
	F-AS-PS05-12	Formato entrega de facturación a auditores
	F-AS-PS05-13	Formato entrega de cuentas Auditadas
	F-AS-PS05-14	Formato entrega Respuesta y Ratificación de Glosas a Técnico
	F-AS-PS05-15	Formato entrega Respuesta y Ratificación de Glosas
	F-DE-PE05-03	Comunicación externa
	F-DE-PE05-04	Comunicación interna
	Recobros	F-AS-PS05-05
F-AS-PS05-06		Certificación Glosa Definitiva por Auditor
F-AS-PS05-07		Acta de Glosa
F-AS-PS05-09		Ratificación (respuesta Entidad)

	ATENCION EN SALUD	Código: P-AS-PS01
	PROCEDIMIENTO CUENTAS MEDICAS	Fecha Aprobación: 01/12/17
		Versión: 04
		Página 37 de 37

	F-AS-PS05-13	Formato entrega de cuentas Auditadas
	F-AS-PS05-15	Formato entrega Respuesta y Ratificación de Glosas
	F-DE-PE05-03	Comunicación externa
	F-DE-PE05-04	Comunicación interna
RECONOCIMIENTO DE FACTURACION	F-AS-PS05-02	Solicitud de Disponibilidad y Registro Presupuestal
	F-AS-PS05-03	Acta Reconocimiento de Pago Urgencias
	F-AS-PS05-04	Acta de Pago
	F-GF-PO05-01	
	F-GF-PO06-01	
RECONOCIMIENTO ANTICIPADO DE PROCEDIMIENTOS	F-DE-PE05-01	
EJECUCION PRESUPUESTAL OFICINA DE PRESTACION DE SERVICIOS	F-DE-PE05-04	
CAJA MENOR	F-DE-PE05-01	
	F-DE-PE05-04	
RECONOCIMIENTO DE CUENTAS SIN FINANCIACION	F-GF-PO06-01	
	F-GF-P016-01	
	F-GF-PO05-01	

8. HISTORIAL

Versión No.	Motivo del cambio	Fecha
01	Creación Documento para el SGC	13/12/09
02	Modificación documento	15/02/11
03	Modificación de formatos	19/03/11
04	Inclusión de cuentas medicas y recobros	11/01/13
05	Modificación de cuentas medicas y recobros y inclusión de formatos	