

A photograph of a female doctor with dark hair pulled back, wearing a white lab coat over a light blue collared shirt. She is smiling warmly at the camera. Her hands are clasped on a white desk in front of her. A stethoscope is visible on the desk. The background is a blurred clinical setting. A large blue diagonal graphic element is overlaid on the right side of the image.

# Manual de presentación de Cuentas Médicas

## 1. PROPÓSITO

---

La Dirección de Cuentas Médicas de EPS Famisanar SAS describe a continuación las pautas para tener en cuenta por los diferentes prestadores y proveedores de servicios de salud, para la presentación y trámite de sus facturas.

El presente Manual será aplicable a todas las Regionales donde EPS Famisanar SAS tiene participación en los departamentos Bogotá Distrito Capital, Cundinamarca, Valle, Nariño, Caldas, Quindío, Risaralda, Huila, Bolívar, Magdalena, Caldas y Boyacá ; tanto para el PAC y para el PBS de los regímenes Contributivo y Subsidiado.

## 2. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

---

**ALISTAMIENTO:** Separación de documentos de la sujeción original, inserción de patchcode de separación por factura, colocación de etiquetas autoadhesivas de tipos de documentales en paquetes para cargue al escáner.

**CÓDIGO DE BARRAS:** Estándar de codificación de información que puede ser leído y descifrado por un lector óptico físico o virtual (OCR). En los procesos operativos de cuentas médicas y recobros, se utiliza para realizar una interpretación rápida del código único de identificación de documentos junto con su información previamente cargada.

**COPAGO:** el objetivo es ayudar a financiar el Sistema; por eso corresponden a una parte del valor del servicio cubierto por el Plan de Beneficios y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado. El Copago es un pago porcentual, que deben realizar los Beneficiarios del Cotizante del régimen Contributivo y los Beneficiarios en el Régimen Subsidiado, al recibir cualquiera de los servicios en cirugía, hospitalización, apoyos terapéuticos y diagnósticos de nivel 2 y 3.

**CUOTA DE RECUPERACIÓN:** es un aporte en dinero definido por la ley que corresponde a una parte del valor del servicio y tiene como finalidad ayudar a financiar parte del servicio de salud cuando este es suministrado por fuera de la red de servicios de las EPS o es un servicio no cubierto por el Plan de Beneficios, aplicable en el régimen Subsidiado

**CUOTA MODERADORA:** tiene por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, en el Régimen Contributivo. El aporte lo deben realizar los Cotizantes y Beneficiarios afiliados en el Régimen Contributivo, al utilizar cualquiera de los siguientes servicios: Consulta Médica general y especializada, Medicamentos formulados en consulta, Consultas Paramédicas (nutrición, Terapias, Psicología, Trabajo Social, Optometría), Consulta odontológica, Exámenes de Laboratorio Clínico y Rayos X de primer nivel ambulatorios, Urgencias NO Vitales.

**CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país

**DIGITALIZACIÓN:** Obtención de la imagen digital de un documento físico mediante un dispositivo diseñado para tal fin, de modo que la información pueda ser almacenada y accedida de manera más eficiente.

## Cuentas médicas

**ENGANCHE:** Agrupación de documentos mediante un elemento de sujeción tipo gancho.

**Indexación:** Criterio de ordenación de datos y/o imágenes para su posterior consulta. Dicho criterio permite la creación de un índice para el almacenamiento, extracción y análisis de la información ordenada.

**MIPRES NO PBS:** aplicativo Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

**NOTA CRÉDITO:** Es el comprobante que una empresa envía a su cliente a su cliente, con el objeto de informar la acreditación en su cuenta un valor determinado, por el concepto que se indica en la misma nota. La nota crédito disminuye la deuda o el saldo de la respectiva cuenta.

**NOTA DÉBITO:** Es un comprobante que una empresa envía a su cliente, en la que se le notifica haber cargado o debitado en su cuenta una determinada suma o valor, por el concepto que se indica en la misma nota. Este documento incrementa el valor de la deuda o saldo de la cuenta.

**NÚMERO RADICACIÓN:** número único consecutivo asignado por la EPS Famisanar Ltda. a las facturas presentadas por los Prestadores de Servicios de Salud.

**PAGO MODERADO:** suma de dinero que debe Sufragar el usuario del Plan Complementario, en forma adicional al valor del contrato, para el uso de algunos de los servicios o actos médicos recibidos, solo aplica para los Planes Preferenciales no para Planes Elite.

**PBS:** Plan de Beneficios en Salud Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

**RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución. 3374 de 2000

**TECNOLOGÍA EN SALUD:** 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 esta atención en salud.

**UPC:** Unidad de Pago por Capitación. La UPC es el valor que el sistema reconoce por cada afiliado (sea cotizante o beneficiario), por la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el Plan de beneficios en salud, sin distinción o segmentación por niveles de complejidad de atenciones, tecnologías específicas o EPS, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que existan.



### 3. MARCO LEGAL

---

**Resolución No 5857 DE 2018. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).** Rige a partir del 1 de enero de 2019 y deroga las Resoluciones 5269 de 2017 y 046 de 2018 y demás disposiciones que le sean contrarias.

**Resolución 1885 del 2018. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, Verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.** Rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 5395 de 2013 salvo lo previsto en su Título 11, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de tecnologías sin financiación con recursos de la UPC o servicios complementarios suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado. Igualmente se derogan las Resoluciones 3951, 5884 y los artículos 5 y 6 de la 5928 de 2016 y 532 de 2017

**LEY 1438 DE 2011 Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.** Rige a partir de la fecha de su publicación 19 de Enero de 2011 y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los párrafos de los artículos 171, 172, 175, 215 Y 216 numeral 1 de la Ley 100 de 1993, el párrafo del artículo 3, el literal (e) del artículo 13, los literales (d) y (j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, el numeral 43.42 del artículo 43 y los numerales 44.1.7,44.2.3 del Artículo 44 de la Ley 715 de 200, así como los artículos relacionados con salud de Ley 1066 de 2006.

Ley 1122 de 2007 Por el cual se hacen algunas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. **Rige a partir de la fecha de su publicación 9 de enero de 2007**

**Acuerdo 260 de 2004 Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Rige a partir de la fecha de su publicación 4 de febrero de 2004.

**Resolución 4331 de 2012 por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009.** Rige a partir de la fecha de su publicación 19 de diciembre de 2012 y modifica los artículos 7,10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los Anexos Técnicos 4, 6,7 y 8 de la mencionada Resolución.

**Resolución 416 de 2009 por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.** Rige a partir de la fecha de su publicación. Rige a partir de la fecha de su publicación 18 de febrero de 2009.

Resolución 3047 de 2008 Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. **Rige a partir de la fecha de su publicación 14 de agosto de 2008**

**Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.** Rige a partir de la fecha de su publicación 7 de diciembre de 2007 y deroga el Decreto 2759 de 1991, el Decreto 723 de 1997, los artículos 9,10, 11 Y 12 del Decreto 3260 de 2004 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

## Cuentas médicas

**Resolución 3374 de 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.** Rige a partir de la fecha de su publicación, surte efectos a partir del 1° de abril del año 2001, y deroga las Resoluciones 2546 de 1998, 1958 de 1999 y 1832 de 1999. Parágrafo. La fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución para los profesionales que presten en forma independiente servicios de salud es el 1° de junio del año 2001, como lo establece la Resolución No. 1077 de 2000.

Resolución 5851 DE 2018. Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS Las disposiciones previstas en la presente resolución serán exigibles a partir del 1 de enero de 2019, fecha a partir de la cual queda derogada la Resolución 5171 de 2017 y la Resolución 483 de 2018.

**Resolución 483 de 2018 Rige a partir de 22 de febrero de 2018** y suprime las categorías 80.5.1.13 y 80.5.1.14 y adiciona la categoría 89.2.9.01. del Anexo Técnico 2 de la Resolución 5171 de 2017.

**Ley Estatutaria 1581 de 2012** Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y **Decreto 1377 de 2013.** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.

**Decreto 2242 del 24 de noviembre de 2015** por el cual reglamentó las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal. Rige a partir del 25 de noviembre de 2015.

Decreto Único Reglamentario 1625 del 11 de octubre 2016, **proferido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público**, corresponde al Decreto Único Reglamentario en materia tributaria y en el artículo 1.6.1.4.1.10 establece que la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), seleccionará mediante resolución de carácter general y de manera gradual las personas naturales o jurídicas que deberán facturar electrónicamente de acuerdo con la clasificación de actividades económicas adoptada a través de la Resolución 000139 del 21 de noviembre de 2012.

**Resolución 000010 febrero 06 de 2018**, por la cual se seleccionan unos contribuyentes para facturar electrónicamente. Rige a partir del primero (1°) de junio de 2018, fecha a partir de la cual los seleccionados dispondrán del plazo adicional de tres (3) meses que otorga el artículo 6842 del Estatuto Tributario, para que la DIAN haga exigible la facturación electrónica a partir del 1 de septiembre de 2018

Todas las facturas presentadas por servicios hospitalarios o ambulatorios deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 40 y 258 de la Ley 223 de diciembre de 1995, los cuales modificaron los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, y las normas reglamentarias expedidas por el gobierno nacional (Decretos 1094 y 1165 de 1996 y la resolución 3878 / 96 de la DIAN) así:

### Artículo 617 del Estatuto Tributario:

- Denominación expresa de FACTURA DE VENTA
- Apellidos y nombres o razón social completa y C.C. o NIT de quien presto el servicio.
- Dirigida a nombre de E.P.S. FAMISANAR SAS NIT 830.003.564-7
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de factura de ventas
- Fecha de expedición de la factura
- Descripción específica o genérica servicios prestados
- Valor total de la operación
- El nombre o razón social del impresor de la factura

- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- Debe ir firmada y sellada por el responsable de la entidad que la emite Nota: los numerales resaltados deben estar debidamente preimpreso.

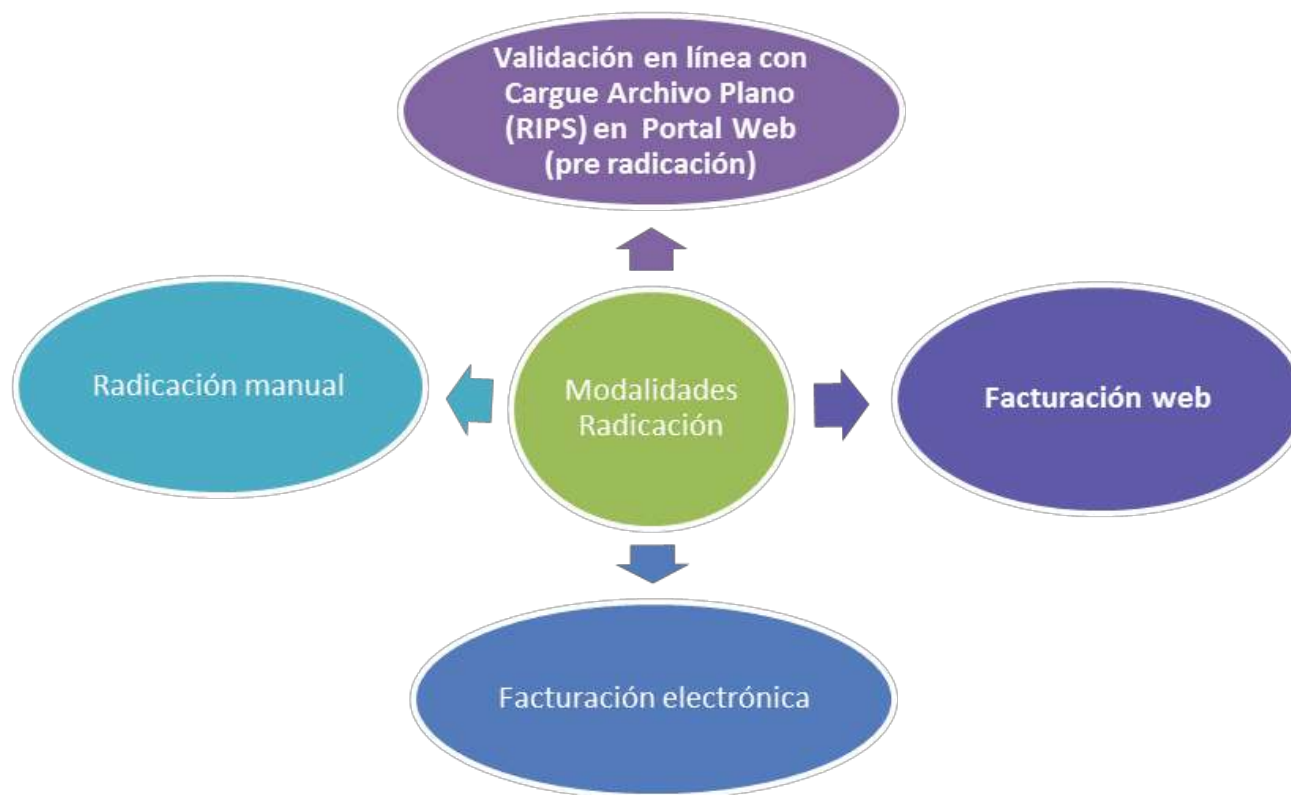
**Artículo 618 del Estatuto Tributario:**

Los responsables pertenecientes al régimen Común de impuestos a las ventas deberán discriminar el impuesto en todos los casos.

**4. CONTENIDO**

---

**1. Modalidades de Radicación**



**1.1. Validación en línea con Cargue Archivo Plano (RIPS) en el Portal Web (pre-radicación)**

La Radicación en Línea por RIPS, tiene como Objetivo brindar a las diferentes IPS herramientas tecnológicas para la validación cargue y optimización de la información de la facturación contenida en los RIPS en cumplimiento de la normatividad vigente evitando el riesgo de sanciones por los entes de control en aplicabilidad de la Ley 1438/2011 y permite automatizar el proceso de radicación de cuentas médicas, implementándolo vía WEB. Este proceso consiste en subir y validar en línea la información de los archivos RIPS obteniendo una Pre-Radicación, para luego realizar una entrega física en la EPS según los resultados obtenidos culminando en la correcta Radicación de las facturas con los datos de procedimientos realizados.

- Requiere archivos con estructura RIPS (El nombre y tamaño de los campos de los archivos de RIPS deben cumplir con los definidos en la Res. 3374 del 2000), Opcionalmente se incluir para las IPS con convenio un archivo adicional con los valores totales de cuotas moderadoras y copagos por usuario.

## Cuentas médicas

- En forma opcional se pueden reportar las notas crédito, relación de imágenes, IVA y autorizaciones en estructuras adicionales y archivo de pagos de usuario.
- Se realiza a través del portal web en la página servicios de Famisanar EPS en la dirección <https://enlinea.famisanar.com.co>
- Si el resultado de la validación de los RIPS es satisfactoria la IPS a través del portal web, la IPS podrá exportar archivo pdf y si se prefiere imprimir los sticker que contiene el número de radicación asignado a la Factura, identifica el número de factura, NIT y nombre de la IPS y valor bruto de la factura, el cual la IPS podrá pegar en la respectiva factura para la presentación formal o radicación física de la factura en los puntos de atención de radicación de Cuentas Médicas de EPS Famisanar SAS

### “anexo 1 Manual Radicación RIPS”

#### 1.2. Facturación web

Esta herramienta en la página WEB de EPS Famisanar S.A.S., permite a la IPS el ingreso de la información del servicio prestado, realizando verificación de derechos, validación de tarifas para la generación de la factura, realización de los RIPS y pre-radicación de la factura.

- Se realiza a través del portal web portal web en la página servicios de Famisanar EPS en la dirección <https://enlinea.famisanar.com.co>. (opción radicación digital)
- El sistema permitirá a la IPS Ingresar los datos necesarios y editar la información correspondiente para la generación de la factura, el procedimiento detallado se encuentra establecido en el manual de facturación WEB de EPS Famisanar SAS
- Permite cargue de las imágenes de la factura y soportes (Únicamente imágenes con extensión PDF)

### “anexo 2 Manual Facturación WEB”

#### 1.3. Facturación Electrónica

Factura electrónica es el documento que soporta transacciones de venta de bienes y/o servicios y que operativamente tiene lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de las características y condiciones establecidas en relación con la expedición, recibo, rechazo y conservación. La expedición de la factura electrónica comprende la generación por el obligado a facturar y su entrega al adquirente.

La Institución prestadora de salud IPS que está obligado a la expedición de factura de venta, notas débito y crédito en la modalidad de factura electrónica deberá realizar presentación en formatos XML de acuerdo con las condiciones, términos y mecanismos tecnológicos que establece la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales –DIAN y la representación gráfica de la factura, nota crédito y/o nota débito.



## Cuentas médicas

La IPS deberá presentar la factura de venta, notas débito y crédito en la modalidad de factura electrónica, de acuerdo con los requisitos normativos establecidos para facturación electrónica, a el proveedor Autorizado habilitado por la DIAN y/o por proveedor tecnológico autorizado por la DIAN

La transmisión de la factura electrónica, nota debito notas crédito será realizad por el proveedor autorizado a la DIAN previa validación en cumplimiento de los requisitos, condiciones y términos establecidos.

La IPS cuenta con 48 horas para la presentación de la factura y de las notas débito o crédito a partir de la fecha de generación de la factura.

La EPS dispone de proveedor tecnológico autorizado, al cual se puede remitir adicional de la factura de venta, notas débito y crédito en la modalidad de factura electrónica en formato XML y su representación gráfica, también la representación gráfica de los respectivos soportes

Las IPS que presenten únicamente formato XML y representación gráfica de la factura de venta, nota débito y nota crédito, deberá dentro presentar en la EPS los respectivos soportes definidos en el anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 dentro de las 72 horas Hábiles (lunes a sábado) a partir de la fecha de presentación de la factura electrónica

La IPS deberá realizar el cargue y validación de los RIPS dentro de las 48 horas contadas a partir de la presentación de la factura electrónica.

Los resultados de validación de la información de los RIPS respecto a la información de la factura electrónica deben ser coincidentes en caso de no coincidencia la EPS emitirá al correo definido de la IPS, las respectiva causal de glosa. La misma condición aplica para las IPS que contractualmente presentan convenio desmaterialización y que deben enviar las imágenes de los soportes (representación gráfica de los soportes de la atención)

Las IPS no desmaterializadas, deberán presentar físicamente a la EPS los soportes con el CUFE y detalle de cargos referenciando el número de la factura, dentro de las 72 horas contadas a partir de 72 horas Hábiles (lunes a sábado) a partir de la fecha de presentación de la factura electrónica. Transcurrido el tiempo y la IPS no han presentado los soportes respectivos de la atención en la EPS, se emitirá la respectiva glosa y reportará la causal al correo definido de la IPS.

Las IPS que realicen cargue y validación de RIPS para radicación de facturas, previa a la presentación de la factura; contará con 48 horas a partir de la validación de los RIPS, para la presentación de la factura electrónica; transcurrido este tiempo si la IPS no ha presentado la factura electrónica, se anulará el radicado. Teniendo en cuenta que la IPS cuenta únicamente con 48 horas a partir de la fecha de generación de la factura, para la presentación de la factura de venta y de las notas débito o crédito en la modalidad de facturación electrónica.

La EPS notificará a la IPS al correo oficial de la institución establecido, el resultado de las factura Aprobadas y Rechazadas, así como las causales de glosa para las facturas aprobadas que no superan el proceso de validación de coincidencia de información respecto a los RIPS y/o la presentación de los soportes de la factura dentro del tiempo establecido de las 72 horas contadas a partir de la fecha de presentación de la factura electrónica.



## Cuentas médicas

Las notas crédito y débito que afecten la factura electrónica deberán ser reportadas en el mismo evento de la presentación de la factura electrónica

### 1.4. Radicación Manual

Corresponde a la presentación física y radicación de la factura con los soportes y archivos RIPS directamente en la sede Toberín de EPS Famisanar SAS

### 1.5. Políticas de Radicación de Cuentas Médicas

- Los soportes mínimos para la presentación de las facturas de servicios entregadas ante EPS Famisanar serán los relacionados en el Anexo 5 de la Resolución 3047/2008 y/o los pactados contractualmente.
- La documentación soporte podrá ser presentada a través de documentos físicos o los medios electrónicos habilitados por EPS Famisanar.
- Las facturas de servicios presentadas ante EPS Famisanar deben ajustarse a los requisitos exigidos en el estatuto tributario y demás normas complementarias aplicables.
- Toda cuenta que corresponda a servicios de salud deberá presentar previamente validación de la estructura RIPS en la página WEB de EPS Famisanar SAS o en su defecto las IPS deberán presentar junto con la radicación de las facturas los archivos RIPS, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas que lo modifiquen o adicionen.
- Los anteriores lineamientos aplican para los servicios del Régimen Contributivo (PB-PAC) y Régimen Subsidiado (PB).
- La facturación que corresponda a Tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC de afiliados que registren Régimen Subsidiado deben ser emitidas con cargo ente territorial respectivo siempre y cuando no correspondan a fallos de tutelas que expresamente se mencione recobro a ADRES, las cuales deben estar facturadas con cargo a EPS Famisanar SAS.
- Las facturas por Tecnologías no incluidas en el plan de beneficio con cargo a la UPC: se deberá presentar por separado las facturas correspondientes a tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (tecnologías No PB) independiente de la factura correspondiente a los servicios incluidos en el plan de beneficios con cargo a UPC. (PB). En caso de identificarse facturación de servicios que incluya servicios PB y No PB, serán devueltos al Prestador para la respectiva separación de la facturación

## 2. RECEPCIÓN DE FACTURAS

Las facturas se deben presentarse en original y una copia, los días hábiles de cada mes, de lunes a viernes, en el horario de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

### 2.1. Lugar

Contamos con 2 sedes para la recepción y radicación de facturas:

- En Bogotá, sede Unidad Operativa de EPS FAMISANAR ubicada en la Carrera 22 No. 16884 Toberín Bogotá D.C.
- En Barranquilla, serán recibidas en la sede de E.P.S. Famisanar en Carrera 50 # 84-110.

## Cuentas médicas

No se recibirán facturas con tachaduras ni enmendaduras de la factura y no debe superar dos meses desde su generación hasta la fecha de radicación en nuestras instalaciones.

Las facturas por Tecnologías no incluidas en el plan de beneficios (NO PB) del régimen subsidiado que están dirigidas al Ente Territorial se recibirán en las instalaciones de EPS Famisanar SAS descritas en el párrafo anterior, serán radicadas por EPS Famisanar en cada mes, de acuerdo con lineamientos definidos por el Ente Territorial en su acto administrativos y separados por Mipres o Tutelas.

La EPS suministrará al Prestador cuando este lo requiera, el reporte de facturación radicada ante el ente Territorial para la respectiva gestión cartera entre IPS y Ente territorial.

La facturación que corresponda a Tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC de afiliados que registren Régimen Subsidiado deben ser emitidas con cargo ente territorial respectivo siempre y cuando no correspondan a fallos de tutelas que expresamente se mencione recobro a ADRES, las cuales deben estar facturadas con cargo a EPS Famisanar SAS.

•

### 3. PRESENTACION GENERAL DE LA FACTURA

#### 3.1. Agrupación de servicios

Las I.P.S. pueden presentar **una** factura por los siguientes servicios siempre que se adjunte el detalle de los servicios facturados de manera ordenada, y cuando el servicio no corresponda a:

- Paciente Hospitalizado
- Paciente atendido en el servicio de urgencias que haya quedado en observación
- Paciente atendido con urgencia simple.
- Tecnologías no incluidas en el plan de beneficio con cargo a la UPC: se deberá presentar por separado las facturas correspondientes a tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (tecnologías No PB) independiente de la factura correspondiente a los servicios incluidos en el plan de beneficios con cargo a UPC. (PB). En caso de identificarse facturación de servicios que incluya servicios PB y No PB, serán devueltos al Prestador para la respectiva separación de la facturación

Todas las I.P.S. pueden agrupar hasta **20 servicios / atenciones** por factura listados con número del documento de identidad, nombre y valor del servicio.

Las atenciones que se pueden agrupar son:

- Atenciones de consulta externa.
- Exámenes ambulatorios con autorización,
- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios con autorización.
- Apoyos terapéuticos ambulatorios con autorización.
- Atenciones en urgencias en las cuales solo se prestó el servicio de consulta únicamente.
- Farmacia.

Las I.P.S. podrán realizar estas agrupaciones por **cada mes de atención**.

La relación del consolidado por servicios que aparece en la factura es el valor total por rubro y este corresponde a la sumatoria de los soportes adjuntos, de acuerdo con tarifas vigentes y autorización del servicio.

Se deben consignar en el formato de factura o detalle de cargos la información general del paciente:

Adjuntar relación de usuarios que contenga:

- Nombre completo y condición del Usuario: si es cotizante o beneficiario.
- Número del documento de Identificación del usuario quien recibe la atención.
- Régimen del afiliado.
- Tipo de plan en el que se realiza la atención.
- Fecha de ingreso y fecha de egreso del servicio.
- Número de autorización o verificación de derechos según el caso.
- Servicio prestado.
- En el detalle o discriminado se debe referenciar el número de la factura.
- Si el servicio corresponde a MPI Mecanismo de Protección Individual (Tecnologías no incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC), el detalle deberá indicar cada uno de los materiales, insumos, procedimientos y medicamentos utilizados en la atención del usuario con la codificación legal vigente. Si existe contrato por paquete este debe discriminar su contenido incluyendo descripción, código, cantidad y valor.
- Se deben reflejar los copagos, pagos y cuotas moderadoras cuando la I.P.S realice recaudo por dicho concepto.

### **3.2. Registros Individuales de Prestación de Servicios**

De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas que lo modifiquen o adicionen, los prestadores de servicios deben entregar a las E.P.S. los registros individuales de atención RIPS.

Se debe tener en cuenta la calidad de la información la cual debe ser consistente con la facturación presentada, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 Art. 116.

La E.P.S Famisanar SAS revisará y validará la información contenida en los medios magnéticos y reportará al prestador de servicios las inconsistencias encontradas.

### **3.3. Correcciones a los medios magnéticos**

Los prestadores de servicios realizarán las correcciones solicitadas por EPS Famisanar SAS, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de la notificación la cual deberá ser consistente con la información de la facturación presentada.

### **3.4. Soportes**

Los soportes de las atenciones prestadas deberán como mínimo estar acorde con los requeridos relacionados en el anexo técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 con las correspondientes firmas y documentos de identidad del usuario que recibe el servicio.

#### 4.3.1 Consultas ambulatorias

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### 3.5. Servicios odontológicos ambulatorios

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Odontograma.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### 3.6. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### 3.7. Procedimientos terapéuticos ambulatorios

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle • Autorización. Si aplica.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.



### **3.8. Medicamentos de uso ambulatorio**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Fotocopia de la fórmula médica.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **3.9. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **3.10. Lentes**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **3.11. Atención inicial de urgencias**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- Informe de atención inicial de urgencias.
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Comprobante de recibido del usuario. h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

### **3.12. Atención de urgencias**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica.
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
- Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **3.13. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria)**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- Autorización. Si aplica.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- Descripción quirúrgica.
- Registro de anestesia.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

### **3.14. Ambulancia**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica • Autorización. Si aplica
- Hoja de traslado.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

**Cuentas médicas****3.15. Honorarios profesionales**

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización. Si aplica
- Comprobante de recibido del usuario.
- Descripción quirúrgica. Si aplica.
- Registro de anestesia. Si aplica.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

**3.16. Conjuntos Integrales de Atención, paquete o grupo relacionado por diagnóstico**

- Factura o documento equivalente.
- Autorización. Si aplica.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Descripción quirúrgica. Si aplica.
- Registro de anestesia. Si aplica.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

**3.17. Soportes de las facturas para el mecanismo Pago por Capitación**

- Factura o documento equivalente.
- RIPS Registros Individuales de Prestación de Servicios. De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas que lo modifiquen o adicionen, los prestadores de servicios deben entregar a las E.P.S. los registros individuales de atención RIPS
- Soportes adicionales definidos en el contrato y de acuerdo con las políticas de Pago por Capitación definido por la EPS Famisanar SAS

**3.18. Soportes para Tecnologías no Incluidas en el Plan de Beneficios (No PB)**

- **Cumplir lineamientos de acuerdo con estatuto tributario, artículo 617:**
  - Estar denominada expresamente como factura de venta.
  - Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
  - Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
  - Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta. (en las IPS que aplique Resolución DIAN se debe garantizar que esté vigente y en el rango correspondiente determinado en la Resolución) - Fecha de su expedición.
  - Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.
  - Valor total de la operación.

## Cuentas médicas

- El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- Nombre o identificación del afiliado al cual se le suministro la Tecnología no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
- Si el usuario es del Régimen Subsidiado, la factura debe venir a nombre del Ente Territorial, con excepción de usuarios con fallo resolutivo dirigido el recobro al FOSYGA (actual ADRES)
- Cuando la factura no describa de forma específica, los datos del afiliado y la tecnología; debe anexar el detalle de cargos que referencie número de factura y deberá indicar cada uno de los materiales, insumos, procedimientos y medicamentos utilizados en la atención del usuario con la codificación legal vigente. Si existe contrato por paquete este debe discriminar su contenido incluyendo descripción, código, cantidad y valor.

### **Evidencia de entrega Resolución 1885 del 2018 , Artículo 38 Numeral 3:**

- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio:** firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud o servicio complementario, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente. en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

### **Reporte de suministro por entrega y dispensación de servicios no incluidos en el plan de beneficio PBS Resolución 1885/18 de 2018**

En cumplimiento al proceso definido en la Resolución 1885 de 2018 “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones” y de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, y de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), EPS Famisanar S.A.S., continúa socializando los cambios que se vienen presentando para garantizar tanto la oportunidad en la prestación de los servicios a los usuarios, así como en el reconocimiento y flujo de los recursos de la ADRES para los prestadores y proveedores, por lo anterior Es de obligatorio cumplimiento que el reporte de entrega efectiva del suministro lo realicen los proveedores directamente en la herramienta MIPRES, garantizando la existencia, consistencia, completitud, calidad y coincidencia de la información reportada, porque es la única fuente de validación para que se permita realizar la validación y presentación del recobro ante adres, según la resolución 1885/18 y que vienen siendo publicados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social “TODO SOBRE MIPRES”

- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias:** Copia del informe de atención de urgencias.
- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación o cirugía hospitalaria o ambulatoria:** Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. 4. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades



## Cuentas médicas

huérfanas. la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 37 de la presente Resolución, deberá: i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología. de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine este ministerio ii) así como registrar al usuario a quien se le suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC. en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya 5. La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria para tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la Información que considera relevante en dicho proceso.

- En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC:
  - Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
  - Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
  - En caso de prestación de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, cuando el usuario se encuentra atención domiciliaria: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
  - En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
  - Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Todos los soportes definidos anteriormente, pueden ser entregados de manera física, transmitidos a la EPS, por medio de la Facturación WEB o transmisión por protocolos tecnológicos.

### 3.19. Manejo de facturación eventos SOAT y ATEL

#### 3.19.1. Manejo de cuentas por eventos SOAT

De acuerdo con el decreto 780 de 2016, la cobertura de la póliza debe ser pagada integralmente por la compañía de seguros, por un valor máximo de 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV), a partir de la fecha en la que ocurrió el accidente. Los pagos por los servicios de salud que excedan los toques de cobertura previamente establecidos serán asumidos por la EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la ARL, a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por el ADRES, según quien asuma la cobertura. Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al mencionado plan voluntario, complementario o adicional de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o

## Cuentas médicas

cubiertos por el plan voluntario, complementario o adicional de salud, serán asumidos con cargo al Plan de Beneficios en Salud (PBS)

El Anexo Técnico 1 del decreto 780 de 2016 MANUAL DE RÉGIMEN TARIFARIO, se refiere a tarifas aplicables a todas las actividades y procedimientos en general y será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección (Decreto 2423 de 1996)

En caso de medicamentos suministrados por prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios salud, dentro de veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar ello a la Entidad Promotora Salud y a la Administradora Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT

Las Facturas que correspondan a atenciones de pacientes derivadas de accidentes de tránsito, deben anexar copia de las facturas con el discriminado, emitidas a la Compañía Aseguradora que soporte el cumplimiento de tope de los 800 salarios mínimos legales diarios vigentes (SMLDV).

### 3.19.2. Manejo de cuentas de ATEL

Las cuentas que corresponden a atenciones derivadas de **Accidentes de Laborales y/o Enfermedad Profesional** deben adjuntar los siguientes documentos:

- Copia del informe patronal del ATEL presentado por el empleador. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá anexar el reporte de este, presentado por el trabajador o por quien lo represente, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b, del Artículo 25 de Decreto 2463 de 2001.
- Factura o Cuenta de cobro presentada por la I.P.S. en la que se especifiquen los procedimientos médico-quirúrgicos y servicios prestados a los afiliados. (Decreto 1771 de 1,994 artículo 3 y 4 inciso segundo numerales 1 y 2).
- Adicionales en caso de demostración de origen:
- Indicio o conjunto de indicios sobre el nexo de causalidad necesario
- **Igualmente, la cuenta deberá estar acompañada de la verificación de derechos del trabajador a los servicios de la A.R.L.**
- Toda factura que corresponda a atenciones derivadas de Accidentes de Laborales y/o Enfermedad Profesional, deberá presentar los soportes por la prestación de servicios de acuerdo con el anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 y demás normas que modifiquen o complementen

### 3.19.3. Manejo facturas CIS (conjuntos Integrales de Servicios)

La IPS contratada por la modalidad CIS (Conjuntos Integrales de Servicios) deberá presentar a la EPS los respectivos archivos por agrupador CIS, del periodo correspondiente (mes/año) de acuerdo con la estructura definida. **“Ver anexo 3. estructura CIS”**

El resultado de la validación de los archivos CIS serán notificados a la IPS indicando conteo de actividades, reporte de aprobados y rechazados. La IPS deberá validar la información y notificar la aceptación a la EPS, para la generación de la respectiva pre-factura, la información de la pre-factura será notificada por correo electrónico a la IPS para la generación y presentación de la factura.

Las facturas correspondientes a la contratación por la modalidad de Conjuntos Integrales de Servicios (CIS), deberán estar acorde con la pre-factura que emita EPS Famisanar, para cada Agrupador, la IPS deberá presentar factura independiente por cada agrupador, reflejando el periodo facturado, número de pre factura y agrupador respectivos; los valores deberán coincidir con los reportados en la pre-factura y detallando los valores correspondientes por recaudos de copagos y cuotas moderadoras.

La IPS deberá disponer de la evidencia de la prestación de los servicios, ya que la EPS auditará y requerirá de los soportes en procesos de auditoria de segundo orden, los cuales deben suministrarse en un término no mayor a 24 horas.

#### **3.19.4. Manejo facturas PGP (Pago Global Prospectivo)**

La IPS contratada bajo este modelo PGP Pago Global Prospectivo, deberá garantizar la prestación de los servicios en cumplimiento de los estándares de calidad definidos por EPS, estos serán monitoreados periódicamente.

La presentación de la primera factura deberá detallar periodo facturado, descripción y valores por agrupador, identificando la modalidad de contratación como PGP.

La IPS contratada bajo este modelo contractual presentará a la EPS los RIPS que soporten la prestación del mes inmediatamente anterior, la EPS realizará la validación de la estructura y calidad de RIPS, si estos cumplen con las validaciones se genera el aval para el segundo pago; en caso de no cumplir con la estructura definida por la norma, y las validaciones de calidad previamente establecidas, se realiza la devolución total de los archivos y de la factura, el ajuste a los hallazgos debe ser enviado a la EPS en un término máximo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la devolución, superados estos tiempos se considerará la información recibida como cierta.

El Gestor del Riesgo y el área de Costo e información en salud diseñaran en conjunto las validaciones y criterios técnicos que corresponda aplicar a los RIPS para garantizar la calidad en el dato reportado por la IPS. La validación de coherencia y calidad de los RIPS estará a cargo del área de Costo e información en salud. Los RIPS están contemplados como una fuente de información para la medición de indicadores del grupo de riesgo incluyendo los indicadores de incentivos, por lo cual debe garantizarse la calidad en los datos reportados desde la IPS.

Ante el incumplimiento de las metas mínimas definidas para cada indicador, la IPS contratada bajo este modelo contractual en conjunto con el Gestor del riesgo deberá establecer planes de mejoramiento tendientes al cumplimiento de las metas propuestas, los cuales serán objeto de seguimiento por parte de la EPS.

El seguimiento se realizará partiendo de las definiciones y políticas del modelo integral de salud, el desarrollo de la gestión clínica y la política de mejoramiento continuo institucional, asegurando la adecuada ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en el Manual de contratación.

## Cuentas médicas

La medición y validación final de cada indicador de incentivos será realizada por el área que gestiona el riesgo de FAMISANAR EPS posterior a la entrega de soportes.

El envío del análisis de cumplimiento de los indicadores de incentivos al área de cuentas médicas se realizará previa reunión con el prestador, donde se realizará acta de cumplimiento de indicadores firmada por las partes. Acta que deberá ser presentada con la factura incentivos

El recaudo de los copagos y cuotas moderadoras será realizado por la IPS contratada bajo este modelo contractual y posteriormente serán descontados de los pagos fijos (segunda factura) de acuerdo con los valores establecidos en el contrato.

Todas las demás definidas en el Manual Operativo de Contratos por Pago Global Prospectivo PGP FAMISANAR.

El observatorio de PGP es el escenario establecido para revisión de indicadores de programa, análisis de causas de quejas, cumplimiento de pisos y techos y con base en eso realizar los ajustes a que haya lugar, los cuales serán concertados entre las partes. Se realizará de forma trimestral en conjunto con las áreas de la EPS implicadas en el proceso y la IPS contratada bajo este modelo contractual.

De acuerdo con el contenido de servicios contratados, la IPS contratada bajo este modelo contractual será sujeto de auditorías concurrentes.

### 3.19.5. Copagos y cuotas moderadoras

La I.P.S. debe detallar en la factura el valor por anticipo de recaudo por copagos y/o cuotas moderadoras. Este recaudo se realizará acorde a lo definido en el Acuerdo 260 de 2004, en la Resolución 3384 de 2.000 y políticas de Copagos y Cuotas Moderadoras de la Dirección de Acceso.

Teniendo en cuenta el proceso de Facturación Electrónica que se adelanta actualmente en el país, queremos informarles que dando cumplimiento a lo contemplado en el **Decreto 2242 de 2015 del Ministerio de Hacienda, la Resolución 0020 de 2019 y la Resolución 000064 de 2019 de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, circular externa 046 de 2018 Ministerio de Salud y Protección Social** y demás normas que lo complementan así como la **circular 030 de 2019 y su Anexo técnico del sistema de electrónico de factura electrónica de venta con validación previa Versión 1.8** damos a conocer aspectos importantes que deben tener en cuenta para el envío correcto de la información tanto en el XML como en la representación gráfica.

Tomando con punto de partida la experiencia adquirida en el proceso de facturación electrónica versión 1, hemos detectado oportunidades de mejora que contribuyen al correcto flujo de información entre los distintos actores del SGSSS siendo uno de ellos la información que debe estar contenida en los tag del XML y su interpretación en un lenguaje formal, por lo cual a continuación enviamos un ejemplo para evitar contratiempos que afecten el proceso de facturación.



## Cuentas médicas

CAMPO	XML	DESCRIPCION	VERSION ANEXO TECNICO	VALOR
Valor a Pagar de Facura	(cbc: payableamount)	Valor a Pagar de Factura: Valor total de ítems (incluyendo cargos y descuentos a nivel de ítems)+valor tributos + valor cargos - valor descuentos - valor anticipos	1.8	\$ 93,800
Total Valor Bruto antes de tributo	(cbc: Lineextensionamount)	Total Valor Bruto antes de tributos: Total valor bruto, suma de los valores brutos de las líneas de la factura.	1.8	\$ 125,000
Valor Base sin Impuestos	(cbc: Taxexclusiveamount)	Total Valor Base Imponible : Base imponible para el cálculo de los tributos	1.8	\$ -
Anticipos Pagos de Usuarios	Prepaidamount	Anticipo Total: Suma de todos los pagos anticipados	1.8	\$ 31,200
Total de Valor Bruto más tributos	Taxinclusiveamount	El Valor Bruto más tributos tiene que ser igual a Valor Bruto de la factura que contienen el valor comercial más la Suma de los tributos de todas las líneas de detalle.	1.8	\$ 125,000

Nota: IPS que facturen Impuestos

De igual manera es importante tener en cuenta la interpretación que se está dando al recaudo de copagos y cuotas moderadoras, el cual corresponde a un **anticipo** sobre el valor de los servicios prestados y no a un descuento de la factura, donde estaría afectando la base impositiva y en tal sentido no sería viable la aceptación de la facturación, por lo tanto en el siguiente ejemplo mostramos la forma correcta de relacionarlo en la representación gráfica.

CODIGO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	VALOR
*****	ENSURE	\$ 90,000
890202	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA	\$ 35,000

NOTA: el anticipo no afecta el valor bruto de la factura

Total Valor Bruto antes de tributo	\$ 125,000
Valor Base sin Impuestos (Iva, ica)	\$ -
Anticipos Pagos de Usuario (copagos, CM, Cuota de Recuperación)	\$ 31,200
Valor a Pagar de Facura	\$ 93,800

NOTA: No aplica para servicios en salud

Por lo anterior serán validaciones que realizaremos con la información que nos envíen al correo electrónico [facturacioncuentas@famisanar.com.co](mailto:facturacioncuentas@famisanar.com.co) donde deberá llegar el XML y el PDF y demás soportes relacionados en la resolución 030 de 2019 y su anexo técnico expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN cumpliendo los estándares establecidos por la DIAN de las facturas de servicios de salud prestados a nuestros afiliados sin que éstos estén comprimidos o en con enlaces en razón a que éste será un proceso automatizado y solo reconocerá archivos adjuntos cuya extensión sea .xml y .pdf. Es importante tener en cuenta para la radicación de las cuentas médicas, es indispensable contar con los archivos .xml y .pdf y demás soportes de los que trata la resolución 030 de 2019 y su anexo técnico expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN y demás normas que la modifiquen adicionen o sustituyan, tener el mismo nombre para que puedan ser procesados y radicados, este procedimiento aplica de igual manera para las contingencias que presente la DIAN y que se relacionan en la resolución 030 de 2019.

**3.19.6. Información general Acuerdo 260 de 2004, por el cual se define el régimen de pagos compartidos copagos y cuotas moderadoras dentro del sistema general de Seguridad Social en Salud.**

**Cuotas Moderadoras**

Tienen por objetivo regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por la E.P.S.

Se aplicarán a los afiliados cotizantes y beneficiarios

**Copagos**

Son aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Se aplicarán exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

**3.19.7. Ingreso base para la aplicación de cuotas moderadoras y copagos**

Se tendrá en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante si existe más de un afiliado cotizante por núcleo familiar, se considera como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos el MENOR ingreso declarado.

**3.19.8. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras**

Se cobrará a partir del segundo servicio prestado en el mismo año calendario, para:

- Consulta externa de Medicina general, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa de medicina especializada
- Fórmulas de medicamentos para tratamientos ambulatorios
- Exámenes de laboratorio clínico de primer nivel.
- Exámenes de diagnóstico por imagenología de primer nivel.
- Atención en el servicio de urgencias cuando no obedezca a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona.
- Terapias tanto físicas como respiratorias

**Excepciones:**

Pacientes inscritos en programas especiales de atención integral para patologías específicas, en los cuales los usuarios deben seguir planes rutinarios de actividades de control, no habrá lugar al pago de cuotas moderadoras. (Ej. Programas de hipertensión arterial)

**3.19.9. Servicios sujetos a cobro de copagos**

Todos los servicios que no estén relacionados en el punto anterior.

**Excepciones:**

Servicios de promoción y prevención

Programas de atención materno infantil.

Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles

Enfermedades catastróficas o de alto costo.

Atención inicial de urgencias

Los servicios enunciados en cuotas moderadoras.

### **3.19.10. Tope máximo de copagos por afiliados por afiliados beneficiarios**

El máximo valor por año calendario permitido por concepto de copagos según la categoría es:

A: hasta la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente  
B: hasta dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.  
C: hasta 4 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

### **3.19.11. Categorías de afiliados a FAMISANAR**

La información se tomará del estado actual de usuario consultado al momento de la prestación del servicio por cualquiera de los canales de comunicación y verificación de derechos dispuestos por EPS Famisanar.

- 1 Afiliados con ingreso base de cotización menor a dos salarios mínimos: A
- 2 Afiliados con ingreso base de cotización entre dos y cinco salarios mínimos: B
- 3 Afiliados con ingreso base de cotización mayor de cinco salarios mínimos: C

### **3.19.12. Procedimiento del Recaudo**

#### **Cuotas moderadoras**

Las cuotas moderadoras serán canceladas directamente en la I.P.S de acuerdo con la categoría del afiliado a la fecha de prestación del servicio. Estos rubros serán descontados en la factura mensual presentada por la I.P.S.

Si el monto de los servicios prestados en apoyo diagnóstico y medicamentos es inferior al valor de la cuota moderadora, se cobrará al afiliado el valor del servicio.

#### **Copagos**

Las autorizaciones de servicios tendrán diligenciado el porcentaje correspondiente a cobrar y el tope máximo. El afiliado será informado de este pago en el momento de generar la autorización del servicio. El valor de copago lo realizará la IPS al afiliado beneficiario por el servicio sujeto a copago a la fecha de prestación del servicio.

La I.P.S. realizará el cobro correspondiente y el valor liquidado será descontado de la factura.

***“Anexo 4 Manual de copagos y cuotas moderadoras de EPS Famisanar SAS”***

## **4. AUTORIZACION DE SERVICIOS**

Se debe tener en cuenta las políticas consignadas en el “Manual de Acceso al servicio Famisanar “anexo 5”

## 5. DEVOLUCIÓN DE FACTURAS

EPS Famisanar SAS dispone los siguientes canales para notificación de glosas y devoluciones para oportuna gestión y solución de estas:

- Reporte a través del correo electrónico registrado contractualmente en cual se realiza de acuerdo con la estructura definida en el anexo técnico 8 de la resolución 3047 de 2008.
- Acceso a través de portal web, donde la IPS puede consultar en la opción cartera, el estado de cada una de las facturas en línea.
  
- No obstante, lo anterior la EPS realiza la devolución física de la factura y sus soportes por correo a la Dirección registrada por la IPS
- Las devoluciones se realizarán de acuerdo con las causales definidas por la normatividad vigente (anexo 6 de la resolución 3047 de 2008) y de las políticas definidas en el numeral 2.2 define que: en caso de identificarse facturación de servicios que incluya servicios PBS y No PBS en una misma factura, serán devueltos al Prestador para la respectiva separación de la facturación.

## 6. CONCILIACIÓN CARTERA Y GLOSAS

Comunicándose con el área de conciliaciones de EPS Famisanar SAS:

- o Conciliación de Glosas

conciliacionglosasips@famisanar.com.co con copia a nbaquero@famisanar.com.co  
Teléfono : 6684100 Ext 2015

- o Conciliación de Cartera

conciliacioncarteraips@famisanar.com.co con copia a nbaquero@famisanar.com.co  
Teléfono : 6684100 Ext 2015

## 5. PROCESOS, SUBPROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

NOMBRE
Proceso de Cuentas Medicas
Subproceso de Radicación
Subproceso de Digitalización
Subproceso de Liquidación



## Cuentas médicas

Subproceso de Conciliaciones

### 6. HISTORIAL DE CAMBIOS

---

FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
01/2014	Creación del documento
03/2018	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente
11/2019	Se actualiza el contenido del documento conforme a la normatividad vigente