

## CONTESTACION DEMANDA DECLARATIVO RAD- 2021-00211-00- CLINICA JALLER VS COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

Sandra Marcela Vega Arango <smvega@coosalud.com>

Vie 1/04/2022 9:26 AM

Para: Juzgado 16 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto16ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: gregorio.penaranda@gmail.com <gregorio.penaranda@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (4 MB)

SOPORTES CONTESTACION.zip; CONTESTACION PROCESO VERBAL RAD 2021-211 CLINICA JALLER.pdf;

**Doctora**

**MARTHA PATRICIA CASTAÑEDA BORJA**

**JUEZ JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA- ATLANTICO**

E.

S.

D.

<b>ASUNTO:</b>	<b>CONTESTACION DE DEMANDA Y FORMULACION DE EXCEPCION DE MERITO</b>
<b>PROCESO:</b>	DECLARATIVO EXISTENCIA DE OBLIGACIONES
<b>DEMANDANTE:</b>	CLÍNICA JALLER S.A.S.
<b>DEMANDADO:</b>	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD Nit. No. <b>800249241-0</b>
<b>RADICADO:</b>	<b>08001315301320210021100</b>

**SANDRA MARCELA VEGA ARANGO** ciudadana colombiana, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cartagena., identificada con cedula de ciudadanía número 1.047.446328 de Cartagena y la Tarjeta Profesional de Abogada No. 257.221 del C.S. de la J., actuando en condición de apoderada especial de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, identificada con NIT 800.249.241-0, con domicilio principal en la ciudad de Cartagena, todo lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio y el poder conferido, procedo a **contestar demanda** y formular excepciones de mérito.

Agradecemos acusar recibido.

**Atentamente,**

**Sandra Marcela Vega Arango**

**Oficina Jurídica Nacional**

Correo electrónico: smvega@coosalud.com

Bocagrande, Cra 2ª #11-41 Edif. Torre Grupo Área. Piso 8

Cartagena - Colombia



**COOSALUD**  
*En Pos de tu bienestar*

Llámanos marcando gratis desde tu celular: **#922**  
o desde un teléfono fijo a la línea: **01 8000 515611**

[www.coosalud.com](https://www.coosalud.com)

CoosaludEPS @Coosalud\_

**Aviso legal - Protección de Datos Personales:** COOSALUD, dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013, tendiente a la protección de datos personales, lo invita que conozca la Política de Tratamiento de Información Personal en [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com), la cual establece los derechos que le asisten como titular, el procedimiento para ejercerlos, las finalidades para la cual se tratan los da

Doctora  
**MARTHA PATRICIA CASTAÑEDA BORJA**  
JUEZ JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA- ATLANTICO  
E. S. D.

<b>ASUNTO:</b>	<b>CONTESTACION DE DEMANDA Y FORMULACION DE EXCEPCION DE MERITO</b>
<b>PROCESO:</b>	DECLARATIVO EXISTENCIA DE OBLIGACIONES
<b>DEMANDANTE:</b>	CLÍNICA JALLER S.A.S.
<b>DEMANDADO:</b>	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD Nit. No. <b>800249241-0</b>
<b>RADICADO:</b>	<b>08001315301320210021100</b>

**SANDRA MARCELA VEGA ARANGO** ciudadana colombiana, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cartagena., identificada con cedula de ciudadanía número 1.047.446328 de Cartagena y la Tarjeta Profesional de Abogada No. 257.221 del C.S. de la J., actuando en condición de apoderada especial de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, identificada con NIT 800.249.241-0, con domicilio principal en la ciudad de Cartagena, todo lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio y el poder conferido, procedo a **contestar demanda** y formular excepciones de mérito, en los siguientes términos:

#### I. OPORTUNIDAD Y AUTO ADMISORIO DE LA DEMANDA

Que la notificación personal del auto admisorio de la demanda fue recibida mediante correo electrónico de fecha 03 de marzo de 2022, quedando surtida el 07 de marzo de 2022, por lo que el término de veinte (20) días concedido para **contestar demanda** y formular **excepciones de mérito**, vence el **día 05 de abril de 2022**.

#### II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Me pronuncio sobre los hechos contenidos en la demanda, en el mismo orden en que fueron formulados de la siguiente manera:

**Al hecho Primero. No es un hecho**, es una apreciación subjetiva realizada por la togada judicial del demandante, respecto de la cual refiere los servicios prestados y la ubicación de la entidad. Por tanto, no emitiremos pronunciamiento alguno al respecto.

**Al hecho Segundo. No es cierto**, lo manifestado por el apoderado demandante, como quiera que no existe prueba siquiera sumaria que dé cuenta que los usuarios firmaron en señal de aceptación la prestación efectiva de los servicios presuntamente prestados por la demandante. Por todo lo anterior nos atenemos a lo que resulte probado en el transcurso del proceso.



**Al hecho Tercero.** **No es un hecho**, es una apreciación realizada por la apoderada del demandante, en la que señala la obligación de la entidad de prestar los servicios médicos por daños causados por accidentes de tránsito. Por tanto, no emitiremos pronunciamiento alguno al respecto.

**Al hecho Cuarto.** **No se trata de un hecho**, sino de la descripción del deber en cabeza de las Entidades Promotoras de Salud de asumir la atención de servicios en caso de accidente de tránsito. No obstante, ésta referencia resulta útil para destacar que los servicios posteriores a la urgencia serán garantizados por las EAPB una vez se sobrepase la cobertura del SOAT.

**Al hecho Quinto.** **No es un hecho**, es una apreciación subjetiva realizada por la togada judicial del accionante, en la que indica las presuntas sanciones en caso de no prestar los servicios médicos por daños causados a personas en accidentes de tránsito. Por tanto, no emitiremos pronunciamiento alguno al respecto.

**Al hecho Sexto.** **No es cierto.** La demandante no radicó las facturas relacionadas en el plenario. Del material probatorio aportado, se observa guía de envío, la cual no cuenta con sello de recibido o firma por parte de mi representada, lo que no acredita que las facturas y los soportes hayan sido efectivamente recibidos.

Por otra parte, frente a la afirmación de haber efectuado pagos parciales y existir saldos pendientes de pago, no es cierto, toda vez que la demandante no prueba que mi representada hubiera efectuado pago alguno, teniendo en cuenta que las facturas reclamadas presentan sendas inconsistencias, por lo que no constituyen documento idóneo para que la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, ratifique su legalidad, y en consecuencia proceda a efectuar su pago a favor de la demandante.

**Al hecho Séptimo.** **No es cierto**, la demandante pretende inducir a error al Despacho al afirmar que el cobro lo realiza sobre servicios de urgencias, lo cual no es cierto, pues se trata de servicios posteriores a la urgencia. Los servicios posteriores a la urgencia son realizados con posterioridad a la estabilización del paciente, y requieren de **contrato** y/o **autorización previa** y no se encuentran sujetos al término de tres (3) meses para su pago a que se refiere el 67 Ley 715 de 2001.

**Al hecho Octavo.** **No se trata de un hecho propiamente dicho**, sino de la descripción normativa de la responsabilidad en cabeza de la



entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia sobre el paciente hasta el momento que haya sido dado de alta. No obstante, se itera que los servicios posteriores a la urgencia requieren la respectiva autorización por parte de la EPS.

En torno a la necesidad de obtener **autorización previa** del servicio de salud posterior a la urgencia, la Supersalud, mediante sentencia, **S2016-773** del 31/08/2016 ha precisado: *“Durante los primeros 30 días de afiliación del trabajador dependiente al sistema de seguridad social en salud se cubre únicamente la atención inicial de urgencias y el resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud le serán brindados 30 días después, siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización correspondiente, tal y como lo establece el inciso primero del artículo 74 del Decreto 806 de 1998 y el inciso tercero del artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, indicó la Superintendencia de Salud. Para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización, utilizando para ello el formato del caso y siguiendo el procedimiento y términos definidos por el Ministerio de Salud. Así las cosas, la entidad concluyó que no era procedente, en el caso bajo análisis, el reembolso deprecado por la demandante, toda vez que la EPS solo estaba obligada a cubrir la atención inicial de urgencias durante los primeros 30 días de afiliación, no así la hospitalización y posterior cirugía, teniendo en cuenta que la usuaria se afilió el mismo día en que acudió de urgencia a la clínica.”* Sin embargo, nos atenderemos a lo que resulte probado al interior del proceso.

**Al hecho Noveno.** **No es un hecho**, se trata de una apreciación realizada por la apoderada del demandante, con relación a la cobertura del SOAT. Del acervo probatorio allegado, no se demuestra el agotamiento de SOAT por los servicios prestados, en atención a que el documento idóneo para su acreditación es el CERTIFICADO de agotamiento emitido por la aseguradora, por tanto, los servicios prestados debieron ser cubiertos con cargo a dicha subcuenta.

**Al hecho Décimo.** **No es cierto**, por distintas razones. En primer lugar, no es cierto que el plazo para el pago estuviere vencido, en realidad dicho plazo nunca principió, pues las facturas que instrumentan las obligaciones no fueron recibidas y en esa medida la demandada no se vinculó como deudora frente a tales obligaciones. En segundo lugar, el término de treinta (30)



días a que se refiere este hecho y que proviene de la regulación de la factura como título valor del estatuto mercantil, desconoce la regulación especial del sector salud que aplica a la factura de prestación de servicios de salud.

**Al hecho Undécimo. No es cierto.** Dado que el propósito de este proceso es obtener el reconocimiento de la obligación y que se declare la existencia de obligaciones inciertas y discutibles, es antagónico solicitar el reconocimiento de intereses de mora, propios de las obligaciones claras, expresas y exigibles.

### III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Frente a las pretensiones de la demanda me pronuncio de la siguiente manera:

**Pretensión No. 1.** **Me opongo**, en la medida que tal declaratoria supone que la parte demandante da por cierto que prestó efectivamente un servicio, lo cual no se encuentra acreditado, como quiera que no nacieron a la vida jurídica, toda vez que no se agotó la cobertura SOAT como lo dispone la normatividad legal vigente y por tanto no corresponde a mi representada efectuar pago alguno sobre siniestros con cargo a la aseguradora que expidió el respectivo seguro obligatorio.

**Pretensión No. 2.** **Me opongo**, teniendo en consideración que la obligación reclamada por valor de \$201.646.161 no nació a la vida jurídica, en la medida que no se acreditó la recepción efectiva de las facturas. Igualmente me opongo en la medida en que las obligaciones no nacieron a la vida jurídica, toda vez que no se agotó la cobertura SOAT y por tanto no corresponde a mi representada efectuar pago alguno sobre siniestros con cargo a la aseguradora que expidió el respectivo seguro obligatorio.

**Pretensión No. 3.** **Me opongo** al reconocimiento y pago de intereses moratorios dado que no se trata de obligaciones claras, expresas y exigibles, sino de obligaciones inciertas y discutibles. Las cuales además no deben ser declaradas. El propósito de éste proceso es obtener el reconocimiento de la obligación y que se declare la existencia de obligaciones inciertas y discutibles, es antagónico solicitar el reconocimiento de intereses de mora, propios de las obligaciones claras, expresas y exigibles.

**Pretensión No. 4.** **Me opongo** a la condena en costas a consecuencia de la



oposición integral a las pretensiones.

#### IV. EXCEPCION PREVIA DE FALTA DE COMPETENCIA POR FACTOR TERRITORIAL

La selección del juez a quien, previa autorización legal, le corresponde asumir el conocimiento de una causa litigiosa, surge como el resultado de la conjugación de algunas circunstancias o aspectos subjetivos u objetivos, vinculados, verbigracia, a la persona involucrada, al sitio en donde el accionado tiene su domicilio, al lugar en donde acontecieron los hechos, la cuantía o naturaleza del asunto, etc. Por supuesto, en ciertas ocasiones, aunque algunos de esos factores se entremezclan y se vuelven concurrentes, prevalecen unos sobre otros.

El factor territorial, se define atendiendo las pautas consagradas en el artículo 28 del Código General del Proceso, dentro de las cuales despunta como regla general aquella según la cual, en los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el del domicilio del demandado.

Respecto de la excepción propuesta, resulta imperioso recordar que el artículo 28 del C.G. del P. consagra:

**“Artículo 28. Competencia Territorial.** *La competencia territorial se sujeta a las siguientes reglas:*

3. *En los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones. (...)*

5. *En los procesos contra una **persona jurídica es competente el juez de su domicilio principal**. Sin embargo, cuando se trate de asuntos vinculados a una sucursal o agencia serán competentes, a prevención, el juez de aquél y el de ésta.”*

De otro lado, la Honorable Corte Constitucional de manera reiterada ha decidido que:

**“...La competencia constituye uno de los pilares fundamentales del derecho al debido proceso, en cuanto comporta una garantía de independencia e imparcialidad judicial a favor de [las partes] y de los demás sujetos que intervienen en la relación jurídico-procesal. Dicho presupuesto, al tiempo que define la facultad del funcionario para ejercer jurisdicción frente a un caso concreto, también le asegura a las partes el derecho a conocer por anticipado la autoridad a quien la Constitución y las leyes han asignado el conocimiento de un determinado asunto judicial. En razón de su importancia, el artículo 29 de la Carta la consagra como un requisito de procedibilidad del juicio al disponer que: ‘nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio’...”** (Lo subrayado y la negrilla es Nuestro)

En el presente caso, acorde con el certificado de existencia y representación legal adjunto a este escrito, se tiene que la demandada **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE**



**DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, tiene su domicilio principal en la ciudad de Cartagena (Bolívar), y no en la ciudad de Barranquilla (Atlántico), lugar escogido por la demandante para conocer del litigio, lo cual quebranta las reglas que fijan la competencia por el factor territorial aludido. Vale la pena poner de presente que la competencia del juez del domicilio del demandado constituye una norma encaminada a materializar la garantía constitucional del debido proceso a que tiene derecho el llamado a juicio.

#### UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Calle 31 D 52 136 Sector Once de  
Noviembre Br. Olaya Herrera  
Municipio: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA

Correo electrónico:  
notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com  
Teléfono comercial 1: 6752499  
Teléfono comercial 2: No reportó  
Teléfono comercial 3: No reportó

Dirección para notificación judicial: Calle 31 D 52 136 Sector Once de  
Noviembre Br. Olaya Herrera  
Municipio: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA

Correo electrónico de notificación:  
notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com

En ese sentido el numeral 5° del artículo 28 del C. G. del P. establece taxativamente que, en el caso de las personas jurídicas, el juez competente es el del domicilio principal de este, lo que se traduce para la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD.**, la ciudad de Cartagena (Bolívar).

Así las cosas, el **JUZGADO 16 CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA-ATLANTICO** carece de competencia como JUEZ natural en el asunto que nos ocupa, por las razones expuestas en líneas anteriores.

Al respecto la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en auto AC 5067 de 2018, dispuso:

*“Como pauta general, el numeral 1 del citado artículo 28 contempla que «en los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado». Significa esto, que en principio, en este tipo de asuntos, el servidor habilitado para aprehenderlo es donde se sitúe el «domicilio» del reconvenido. Lo que se explica, si en cuenta se tiene que lo que buscan pautas de ese talante es garantizar que quien es llamado a juicio ejerza en forma adecuada su derecho de defensa, lo que supone la ley, hace mejor desde aquel lugar.*

Solicito al despacho atender favorablemente esta excepción disponiendo la correspondiente remisión.

#### V. EXCEPCION PREVIA DE HABERSELE DADO A LA DEMANDA UN TRAMITE DIFERENTE AL QUE LE CORRESPONDE.

Este medio exceptivo encuentra su fundamento en lo establecido en el Artículo 100 del Código General del Proceso cuando dispone:

*“Salvo disposición en contrario, el demandado podrá proponer las siguientes*



*excepciones previas dentro del término de traslado de la demanda:  
(...)*

*7. Habérsele dado a la demanda el trámite de un proceso diferente al que corresponde”*

Pues bien, en el caso en concreto es claro que lo que busca la parte actora es cobrar 4 facturas que según la demanda corresponden a servicios de salud prestados a usuarios de mi representada como presuntas atenciones por urgencias.

En ese sentido, se observa que se pretenden cobrar por este trámite procesal títulos contentivos en facturas u ordenes de servicio, afectándose la naturaleza del proceso declarativo en sí, y hacer incurrir en error al Juzgador al traer como obligación facturas que deben ser cobradas ejecutivamente, una vez cumplan con los requisitos para su ejecución.

Es decir, sí el objeto de esta demanda declarativa es lograr el pago de algunas sumas de dinero, no se entiende por qué no se presentó la demanda ejecutiva, más aún si estas sumas de dinero estas soportadas en facturas de venta según lo arribado al plenario. Así las cosas, es claro que la parte actora equivoca la acción judicial a ejercer tal vez tratando de evadir fenómenos propios de este tipo de acciones como lo son la prescripción del título y los requisitos esenciales de los mismos a la luz de nuestro ordenamiento jurídico.

En efecto su señoría recordemos que la pretensión principal del extremo demandante es que se DECLARE LA EXISTENCIA de obligaciones SIN ocasión a algún contrato de prestación de servicios y que, con ello, se declare el pago de las obligaciones dinerarias a cargo de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD- COOPERATIVA COOSALUD, plasmadas en las facturas No. 121122, 125798, 127075, 127576 por un valor de DOSCIENTOS UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS M/CTE (\$201.646.161 MCTE) valores relacionados en El ANEXO 1 de la presente acción, a favor CLINICA JALLER S.A.S.

Sin embargo, las facturas que plasman esa obligación se encuentran PRESCRITAS conforme a la discriminación de su FECHA DE EMISION Y FECHA DE VENCIMIENTO atendiendo lo indicado por cada factura aportada al proceso, con fecha de vencimiento de 2016 y 2017 como a continuación se plasma en el siguiente ejemplo:



CLINICA JALLEF S.A.S.		Regimen Común			
ALTA COMPLEJIDAD		NO SOMOS GRANDES CONTRAYENTES			
NIT 802.016.761-6		Actividad Económica 8610			
		Excluido de Industria y Comercio			
		FAVOR NO PRACTICAR RETENEA			
Paciente	BERMUDEZ LOZANO ELDER BORIS	FACTURA DE VENTA N° 127075			
Documento	CC 72231104	Fecha Factura	30/03/2017		
Dirección	CARRERA 2C#37-30	Teléfono	3015040322-3014605		
Empresa	800249241-0 COOSALUD ESS EPS	Convenio EPS2017			
Página 1 de 2					
Código	Fecha	Descripción	Cantidad	VL.Unitario	VL.Total
Req. No. 112,437		Ingreso 02/03/2017	Egreso 17/03/2017		
000002		Abocath # 18 BRAUN	1.00	5,000.00	5,000.00
000106		Equipo Macrogoteeo S/A NIPRO	1.00	6,900.00	6,900.00
000141		JERINGA X 10 ML	4.00	900.00	3,600.00
A02NR001		Ranitidina (clorhidrato)Amp50 mg / 5 mL	1.00	3,960.00	3,960.00
B01AB003		Heparina de bajo peso molecularFco-ENOX 40	1.00	79,141.00	79,141.00
B05NS004		Sodio cloruro 09 SOLUCION S NORMAL X 100 CC	4.00	4,000.00	16,000.00
M03BM015		MetocarbamolTab750 mg	3.00	512.00	1,536.00
N02BD026		DipironaAmp40 50 1 MG solución inyectable	6.00	3,927.00	23,562.00
S19290		suero* oxina y otros	1.00	11,800.00	11,800.00
S19304		Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	1.00	20,400.00	20,400.00
S19490		Glucosa (en suero* LCR* otros fluidos)	1.00	12,300.00	12,300.00
S19749		Nitrógeno uréico	1.00	9,800.00	9,800.00
S19827		Protrombina* tiempo PT	1.00	29,800.00	29,800.00
S19958		Tromboplastina* tiempo parcial (PTT)	1.00	29,000.00	29,000.00
S21602		Portátiles con fluoroscopia y/o intensificador de imagen (practicado en quirófan	1.00	124,900.00	124,900.00
S38132		Habitación bipersonal	1.00	271,200.00	271,200.00
SINSU134		MATRIZ OSEA OSIQ * 5CC CON PROTEINA MORFOLOGICA	1.00	7,807,485.00	7,807,485.00
SINSU356		GANCHO CONECTOR	2.00	1,552,500.00	3,105,000.00
SINSU843		MATRIZ OSEA GRAFTON DESMINERALIZADA X 10 CC + PROTEINA MORFO	1.00	9,800,000.00	9,800,000.00
SINSU936		TORNILLO DE BLOQUEO FUSIBLE	8.00	430,000.00	3,440,000.00
SINSU937		TORNILLO POLIAXIAL LUMBAR SPEED	8.00	1,990,000.00	15,920,000.00
<b>TOTAL</b>					<b>40,721,384</b>
OBSERVACIONES:					
TOTAL CARGOS		40,721,384			
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS		0			
DESCUENTO		0			
SALDO ADMINISTRADORA		40,721,384			
LA SUMA DE CUARENTAMILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE					

## VI. EXCEPCIONES DE MERITO

Las excepciones de mérito, reguladas para el proceso verbal en el numeral 3° del artículo 96 del Código General del Proceso, se encuentran orientadas a cuestionar o enervar las pretensiones de la demanda por aspectos sustanciales y no simplemente procedimentales. En el presente proceso tienen lugar las siguientes excepciones de mérito:

### 1. Inexistencia de obligación por ausencia de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.

El Decreto 4747 de 2007 establece el trámite que debe surtirse frente a servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en los siguientes términos:

*“Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador*

*de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud”*

De acuerdo con el contenido de la norma, las atenciones posteriores a la atención inicial de urgencias requieren de **autorización** por parte de la Entidad responsable del pago cuando así lo tenga dispuesto la EPS como ocurrió en este caso. No obstante, en el caso concreto, la demandante pretende el reconocimiento de servicios que no corresponden a la atención inicial de urgencias y, que no fueron autorizados por la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**.

Como es bien sabido, todos los servicios de salud tienen su propia normatividad, como lo son la Ley 100 de 1993, el Decreto 806 de 1998, la Ley 715 de 2001, así como el Decreto N° 4747 de 2007, y demás normas concordantes.

De acuerdo con lo normado en el Artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, y la Resolución N° 3074 del 14 de agosto de 2008, expedida por el Ministerio de la Protección Social, existe un procedimiento para el cobro de tales servicios el cual comprende una revisión previa, a la radicación de las facturas o cuentas, procedimiento que lleva a cabo el auditor médico y una vez las facturas estén visadas deben radicarse con todos los soportes.

En el sector salud, las facturas además de contar con los requisitos que trae el código de comercio, para su presentación y cobro, debe soportar los anexos que se describe en el decreto 4747 de 2007 y la resolución 3047 de 2008, debe agotar el procedimiento establecido en las normas antes citadas, además de lo indicado en la ley 1438 de 2011.

Es decir, una vez presentada las facturas con todos sus soportes, estas no se tienen por aceptadas con su radicación, la mismas son sometidas a un proceso de auditoría, mediante la cual se revisa la factura y soportes para determinar la pertinencia de los procedimientos o actividades, si la misma se encontraban a cargo o no de la EPS, si se incluía o no dentro del plan obligatorio de salud, entre otros criterios. Es decir, debe aplicarse el procedimiento descrito en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, de acuerdo con los lineamientos del decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008.

En términos de la Corte Constitucional la atención inicial de urgencias comprende “emplear todas las medidas necesarias y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas” (T 197/19). Ese servicio es excepcional, no es ilimitado sino restringido únicamente a la estabilización vital del paciente, por tanto, el tratamiento posterior debe sujetarse al acto de autorización analizado.

En consecuencia, desconocemos el procedimiento empleado por la demandante y la forma de pretender el reconocimiento de la obligación, pues soslaya el ordenamiento jurídico, el cual es absolutamente claro frente a los tramites de autorización que deben surtirse frente a los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Un análisis individual de las prestaciones reclamadas revela esta situación:



1. Paciente JOSE RAMON TORRES MALDONADO, ingresó a la CLINICA JALLER el 4 de octubre de 2016 y egresó el 10 de octubre de 2016. Durante la atención presuntamente se prestaron los siguientes servicios: atención de urgencias, **estancia y hospitalización, laboratorio, procedimientos quirúrgicos, medicamentos e insumos**. La remisión a IPS red inicia el 8 de octubre de 2016, momento desde el cual mi representada adelantó trámite de referencia, aceptado por la CLINICA LA MISERICORDIA el 10 de octubre de 2016.
2. Paciente JUAN CARLOS CALLE HERNANDEZ ingresó a la CLINICA JALLER el 11 de febrero de 2017 y egresó el 18 de febrero de 2017. Durante la atención presuntamente se prestaron los siguientes servicios: consulta de urgencias, **estancia y hospitalización, medicamentos, insumos, procedimiento quirúrgico**. El ingreso fue notificado el 12 de febrero de 2017 y el mismo día se envía notificación de agotamiento de SOAT, por lo que, el trámite de remisión a IPS red inició desde el 13 de febrero de 2017, aceptado por la CLINICA PORTOAZUL S.A. el 15 de febrero de 2017, empero, debido a la negativa del médico para efectuar el traslado por partículas de sangrado, se retrasó el ingreso a la CLINICA PORTOAZUL S.A. hasta el 17 de febrero de 2017.
3. Paciente ELDER BORIS BERMUDEZ LOZANO ingresó a la CLINICA JALLER el 2 de marzo de 2017 y egresó el 17 de marzo de 2017. Durante la atención presuntamente se prestaron los siguientes servicios: consulta de urgencias, **estancia y hospitalización, laboratorio clínico, material especial e insumo, medicamentos**. El 15 de marzo de 2017 se envía notificación de agotamiento de SOAT e inicia proceso de referencia, aceptado por la CLINICA PORTOAZUL el 17 de marzo de 2017.
4. Paciente NUVIA ELENA RODRIGUEZ DIAZ ingresó a la CLINICA JALLER el 25 de marzo de 2017 y egresó el 31 de marzo de 2017. Durante la atención presuntamente se prestaron los siguientes servicios: **estancia y hospitalización, laboratorios, insumos, medicamentos, procedimiento quirúrgico**. El 30 de marzo de 2017 se envía notificación de agotamiento de SOAT e inicia proceso de referencia, el cual se suspende después de 9 horas de estar en trámite, debido al alta médica.

Obsérvese que las facturas arrimadas al expediente obedecen a estancias hospitalarias, respecto de las cuales debía surtirse de manera ineludible el procedimiento establecido en la normatividad vigente, emitiéndose la autorización correspondiente. Y, ante su inexistencia, no es procedente declarar la existencia de la obligación.



## 2. Imposibilidad de declarar la existencia de prestación del servicio, ante la falta de radicación.

El primer paso para un eventual reconocimiento y pago de las cuentas del sector salud, consisten en la radicación de la factura, evidencia de la prestación del servicio (epicrisis), RIPS y demás anexos de ley. No realizar la radicación o hacerlo de manera incompleta impide la consolidación del derecho sustancial a obtener el pago.

En este caso, las facturas aportadas por la parte no fueron radicadas. Como anexo de la demanda, se aporta certificación de envío, con la que la demandante pretende acreditar el envío de la factura, no obstante, las documentales aportadas no cuentan con sello de recibido de COOSALUD ESS EPSS, ni firma de ningún funcionario que acredite la recepción efectiva por parte de mi representada.

En consecuencia, no es factible considerar que la cuenta se radicó, pues no se evidencia sello de la Entidad que permita inferir que ello así aconteció. Verificado lo anterior, solicito al despacho que en el momento procesal oportuno declare probada esta excepción.

- **Del incumplimiento de los requisitos para la radicación de las facturas**

Para el adecuado entendimiento de la situación que nos convoca en el presente proceso y validar el cumplimiento de los requisitos exigidos al título, debe tenerse en cuenta lo consagrado en el artículo 422 del Código General del Proceso y además que se trata de facturas de servicios de salud, las cuales les rige la normatividad especial del sector, lo que adiciona elementos de juicio a tener en consideración, pues tratándose de títulos complejos, deben cumplir con unos requisitos adicionales como son:

El artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, introduce el tema de los soportes de las facturas de prestación de servicios así:

*"Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social".*

Tales soportes fueron definidos por el Ministerio Salud y de la Protección Social en el artículo 12 de la Resolución No. 3047 de 2008, de conformidad con el cual, estableció

**"Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución".**



Por su parte, el Anexo Técnico No. 5 que hace parte de la misma resolución y que para los eventos de atención médica dispuso como soportes de las facturas, los siguientes:

**Consultas ambulatorias:**

- a *Factura o documento equivalente.*
- b *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c **Autorización. Si aplica**
- d *Comprobante de recibido del usuario.*
- e *Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades*
- f *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.*

**Procedimientos terapéuticos ambulatorios:**

- a *factura o documento equivalente.*
- b *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle*
- c **Autorización. Si aplica.**
- d *Comprobante de recibido del usuario.*
- e *Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades*
- f *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*

**Medicamentos de uso ambulatorio:**

- a *Factura o documento equivalente.*
- b *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c **Autorización, Si aplica**
- d *Comprobante de recibido del usuario.*
- e *Fotocopia de la fórmula médica.*
- f *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.*

**Atención inicial de urgencias:**

- a *Factura o documento equivalente.*
- b *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle*
- c *Informe de atención inicial de urgencias.*
- d *Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis, en caso de haber estado en observación.*
- e *Copia de la hoja de administración de medicamentos..*
- f *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.*
- g *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..*



**Atención de urgencias:**

- a *Factura o documento equivalente.*
- b *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c *Autorización. Si aplica.*
- d *Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.*
- e *Copia de la hoja de administración de medicamentos.*
- f *Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5264 de 1994 o la norma que la modifique adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.*
- g *Comprobante de recibido del usuario.*
- h *Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades,*
- i **Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.**
- j *Copia del informe patrona/ de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por e/ trabajador o por quien (o represente. En caso de accidente de trabajo.*
- k *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.*

**Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):**

- a *Factura o documento equivalente.*
- b *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle*
- c *Autorización. Si aplica.*
- d *Resumen de atención o epicrisis.*
- e *Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.*
- f *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.*
- g *Descripción quirúrgica.*
- h *Registro de anestesia*
- i *Comprobante de recibido del usuario.*
- j *Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.*
- k **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.**
- l *Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (/PAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.*
- m **Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.**

De conformidad con lo precedente, se encuentra que las facturas que son objeto de controversia no reúnen las exigencias mínimas legales, toda vez que no fueron presentadas con la totalidad de los soportes pertinentes, pues se limitó la parte demandante a adjuntar títulos simples desprovistos del cumplimiento de los requisitos establecidos en la



normatividad vigente para el sector salud que contempla que los títulos son complejos **y por tanto se generaron glosas y devoluciones.**

- **Del Agotamiento de los Recursos del SOAT**

El SOAT es un seguro obligatorio que garantiza los recursos para la atención integral de las víctimas de accidentes de tránsito. Cubre a todas las personas que sufran lesiones en un accidente, de acuerdo con las coberturas establecidas por ley, que incluyen: gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios; indemnización por incapacidad permanente; gastos por muerte y gastos de transporte y movilización de las víctimas.

El artículo Artículo 2.6.1.4.2.1 del Decreto 780 de 2016 indica que, SOAT incluye dentro de sus coberturas: gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, estos servicios de salud que deben ser brindados comprenden,

1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.
2. Atenciones ambulatorias intramurales.
3. Atenciones con internación.
4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
5. Suministro de medicamentos.
6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
7. Traslado asistencial de pacientes.
8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
9. Rehabilitación física.
10. Rehabilitación mental.

Respecto de la cobertura del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito el Decreto 780 de 2016 consagra:

**Artículo 2.6.1.4.2.3 Cobertura.** *Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:*

1. *Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.*

(...)

**“Parágrafo 1. Los pagos por los servicios de salud que excedan los toques de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por**



***la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral”***

Ahora bien, para la reclamación de pago de servicios de salud, las Instituciones prestadoras de servicios de Salud, deben acreditar el cumplimiento de todos los requisitos legales, tal como lo expondremos más adelante.

Sin embargo, en lo que respecta a reclamaciones por prestaciones derivadas de Accidentes de tránsito, el Decreto 780 de 2016, indica:

**Artículo 2.6.1.4.2.20 Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

(...)

4. **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.**

5. **Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.**

en cuanto al agotamiento de los Recursos del SOAT, el acto Administrativo referenciado indica:

**Artículo 2.6.1.4.4.2 Transitorio.** A partir del 14 de enero de 2015, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad al 10 de mayo de 2012 a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:

- a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes.
- b) b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras, quede un saldo por pagar igual o inferior a cuarenta (40)



salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

***Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes.***

Señora Superintendente, lo anterior se trae a colación, como quiera que de los soportes anexos a la presente demanda, no logramos avizorar el certificado de agotamiento de los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito; ello para determinar la competencia para las atenciones de los usuarios, como entidades promotoras de salud.

### 3. Mala fe

La Jurisprudencia constitucional ha estimado que la actuación temeraria es aquella que vulnera el principio constitucional de la buena fe y, por tanto, ha sido entendida como "la actitud de quien demanda o ejerce el derecho de contradicción a sabiendas de que carece de razones para hacerlo, o asume actitudes dilatorias con el fin de entorpecer el desarrollo ordenado y ágil del proceso." En estas circunstancias, la actuación temeraria ha sido calificada por la Corte como aquella que supone una "actitud torticera", que "delata un propósito desleal de obtener la satisfacción del interés individual a toda costa", que expresa un abuso del derecho porque "deliberadamente y sin tener razón, de mala fe se instaura la acción", o, finalmente, constituye "un asalto inescrupuloso a la buena fe de los administradores de justicia".

al respecto de ello, el artículo 79 del CGP consagra:

#### ***“Artículo 79. Temeridad o mala fe:***

*Se presume que ha existido temeridad o mala fe en los siguientes casos:*

- 1. Cuando sea manifiesta la carencia de fundamento legal de la demanda, excepción, recurso, oposición o incidente, o a sabiendas se aleguen hechos contrarios a la realidad.*
- 2. Cuando se aduzcan calidades inexistentes.*
- 3. Cuando se utilice el proceso, incidente o recurso para fines claramente ilegales o con propósitos dolosos o fraudulentos.*
- 4. Cuando se obstruya, por acción u omisión, la práctica de pruebas.*
- 5. Cuando por cualquier otro medio se entorpezca el desarrollo normal y expedito del proceso.*
- 6. Cuando se hagan transcripciones o citas deliberadamente inexacta” (...)*

En virtud del comportamiento inusual de la parte demandante, mi representada estableció relación contractual con la firma auditora SAG Assesment & Consulting S.A.S, en adelante SAG, firma especializada en Investigaciones Periciales, Análisis de Datos, Administración de Terceras Partes, así como en, Administración y Evaluación de Riesgos de Fraude, Soborno, Corrupción y Lavado de Activos, con el objeto adelantar una investigación forense especializada respecto a la facturación demandada y establecer la existencia de prácticas indebidas o situaciones anómalas en la facturación objeto de esta demanda



Así las cosas, en ejercicio del objeto contractual, SAG procedió a realizar la auditoría forense respecto a la facturación demandada. Una vez efectuada la confrontación entre las facturas de venta y la documentación que soporta las diferentes prestaciones a los usuarios de COOSALUD se evidencia que en efecto existen una serie de inconsistencias o hechos irregulares desarrollados por la IPS, en donde se presume una actuación dolosa por parte de la misma, teniendo en cuenta que se identificaron conductas recurrentes en detrimento de los recursos del SGSSS. Dicha circunstancia, evidenciada en un alto porcentaje de las facturas analizadas, afectan de manera a la COOPERATIVA COOSALUD y denotan hechos que deben ser conocidas por su Despacho, ya que podrían ingerir en la declaratoria de las presuntas obligaciones, despachando desfavorablemente las pretensiones

- **Inconsistencia de materiales e insumos quirúrgicos.**

Durante el proceso de validación, relacionado con el uso de materiales quirúrgicos requeridos para los procedimientos realizados a los pacientes, se evidenció que estos fueron adquiridos a la empresa DESMYD S.A., cuyo representante legal es el señor ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO, quien a su vez figura como GERENTE de la CLINICA JALLER, donde se observaron las siguientes inconsistencias:

Se identificó que las facturas fueron emitidas por la empresa administradora de los materiales e insumos los días 10 de octubre de 2016, 15 de febrero de 2017, 15 de marzo de 2017 y 31 de marzo de 2017, sin embargo, la resolución de autorización de numeración de facturación por parte de la DIAN es del 14 de julio de 2014, lo que supera la vigencia máxima de dos años del consecutivo autorizado.

Lo anterior podría indicar una posible adulteración de las facturas o el incumplimiento del requisito de contar con el consecutivo de numeración autorizado por la DIAN, en la Resolución N° 0019 de 2016 (modificado por el N° 000055 de 14 de julio de 2016), en el artículo N° 3 donde se determina *“la autorización de numeración de facturación tendrá una vigencia máxima de dos (2) años a partir de la generación del formato oficial en donde conste la leyenda de “autorizado””*.

Adicionalmente, se realizó la trazabilidad de los valores encontrados en cada uno de los títulos valores objeto de estudio, donde se observó en dos (2) de estos, un posible aumento en el valor de los materiales ofertados en un lapso no mayor a cuatro (4) meses, el cual, si bien se presenta en dos años diferentes, representó un incremento de más del 39%, situación que genera incertidumbre frente a si se estaría frente a un cobro injustificado, como se relaciona en la siguiente tabla:

*Tabla 1: Trazabilidad precios de venta emitidos en materiales quirúrgicos en dos años*

MATERIAL O INSUMO QUIRURGICO	FACTURA	FECHA	VALOR	FACTURA	FECHA	VALOR	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE DIFERENCIA
TORNILLO QUICK TAP AUTOPERFORANTE EN TITANIA DE 1.5 * 4MM	121122	10/10/2016	\$ 672.000	125798	15/02/2017	\$ 748.041	\$ 76.041	10,17%
BURR HOLE COVER PLATE * 4 HOLE C/P	121122	10/10/2016	\$ 4.800.000	125798	15/02/2017	\$ 6.090.000	\$ 1.290.000	21,18%
INJERTO DURAL BIOMECH	121122	10/10/2016	\$ 7.200.000	125798	15/02/2017	\$ 8.560.000	\$ 1.360.000	15,89%
CUCHILLA MIDAREX	121122	10/10/2016	\$ 6.050.000	125798	15/02/2017	\$ 6.352.500	\$ 302.500	4,76%
SELLANTE DE FIBRINA 4 ML TISSELL	121122	10/10/2016	\$ 4.800.000	125798	15/02/2017	\$ 7.980.000	\$ 3.180.000	39,85%

### 3.1. Inconsistencia en factura 121122

José Ramon Torres Maldonado, identificado con cédula de ciudadanía No. 85.081.532 ingresó a las instalaciones de la demandante el 4 de octubre de 2016, al presentar politraumatismo en accidente de tránsito. Una vez realizada la verificación de los documentos que soportan la prestación del servicio, se observó un posible cobro duplicado de procedimientos quirúrgicos, como se detalla a continuación:

Imagen 2: Posible cobro duplicado por procedimientos quirúrgicos

		Subtotal Cirugia		542,500
S1106	1106 Craneotomía para ruptura de senos de duramadre	2.00	542,500.00	1,085,000.00
	CIRUJANO	39012		292,200
	ANESTESIA	39112		170,600
	AYUDANTIA	39125		79,700
	DERECHOS DE SALA	39216		0
	MATERIAL DE SUTURA			0
	CIRUJANO	39012		292,200
	ANESTESIA	39112		170,600
	AYUDANTIA	39125		79,700
	DERECHOS DE SALA	39216		0
	MATERIAL DE SUTURA			0

Así, se advierte que se incluye el cobro de dos procedimientos con el código S1106 denominado “Craneotomía para ruptura” por \$524.500 cada uno, configurándose un posible cobro duplicado.

Por su parte, la demandante presenta solicitud de autorización de los siguientes procedimientos:

Imagen 3: Autorización de procedimientos quirúrgicos a realizar al paciente

Manejo Integral segun guia de: NEUROCIROGIA			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
IS12103	3	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	
I20201	1	20201 SQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION (1)	
I13110	1	13110 DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROT	
I12402	1	12402 RENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR* POR CRANEOTOMIA	
I12101	1	12101 CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	
I767203	1	767203 REDUCCION ABIERTA FRACTURA MALAR* CON REDUCCION PISO DE ORE	
I35401	1	35401 PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	
I21104	1	21104 ORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO* CON PLASTIA A	
I20500	1	20500 INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA O MALLA CRANEAL (METALICA* AC	

Justificación clínica: ESTANCIA DEL 08-10-2016 AL 10-10-2016 EN UCI

Mientras tanto, en la historia clínica aportada, se evidencia la realización de los procedimientos relacionados a continuación:

Imagen 4: Procedimientos quirúrgicos realizados al paciente

Quirúrgicos: POP INMEDIATO DE ESQUIRLECTOMIA CRANEAL  
 CRANEOTOMIA + DRENAJE DE HEMATOMA EPIDURAL  
 RECONSTRUCCION DE ORBITA DERECHA  
 DRENAJE DE HEMOSENIO FRONTAL  
 CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL  
 RECONSTRUCCION DE ORBITA DERECHA  
 CORRECCION DE FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO  
 CORRECCION DE RUPTURA DE SENO LONGITUDINAL SUPERIOR  
 CRANEOPLASTIA CON ACRILICO + MICROPLACAS DE TITANIO Y TORNILLOS DE TITANIO

De ahí que, en los procedimientos quirúrgicos realizados, de conformidad con lo reseñado en la historia clínica al paciente, no se encuentre soporte de la realización de la intervención

quirúrgica denominada “Craneotomía para ruptura de senos de duramadre”, detallada en la facturación.

### 3.2. Inconsistencias en factura 127576 – SOAT 127210

La paciente Nuvia Elena Rodriguez Diaz, lesionada en accidente de tránsito, ingresa con cuadro clínico de trauma en muslo, rodilla y pierna izquierda, asociado a limitación funcional, motivo por el cual, se efectuó la respectiva trazabilidad de la documentación que soporta las atenciones realizadas a la paciente, donde se evidenció una posible inconsistencia en cuanto al cobro, de una ayuda diagnostica denominada “Reconstrucción tridimensional”, como se evidencia a continuación:

Imagen 5: Posible cobro injustificado del instrumento de toma de imágenes diagnosticas portátiles

S21716	Extremidades y articulaciones	1.00	351,100.00	351,100.00
S21722	Reconstrucción tridimensional* agregar al costo del examen:	1.00	597,300.00	597,300.00

El 25 de marzo de 2017 se ordenó la toma de un “TAC de rodilla izquierda + 3D”, pero, al observar el informe de radiología, se identifica claramente la toma del TAC, que indica de manera expresa en el título que se realizó sin contraste 3D, por lo que no se aplicó la reconstrucción tridimensional, cuyo cobro se efectúa.

Imagen 6: Informe de radiología

<b>NOMBRE:</b> NUVIA RODRIGUEZ DIAZ	<b>SEXO:</b> F
<b>FECHA:</b> 25/03/2017	<b>N°</b> 35517
<b>EDAD:</b> 61 años	

**TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RODILLA IZQUIERDA SIN CONTRASTE 3D**

**Estudio realizado con Tomógrafo Computado modelo BRIVO CT385**

Mediante cortes axiales secuenciales simples, utilizando ventana para estructuras óseas y reconstrucciones tridimensionales se exploró la rodilla izquierda, con los siguientes hallazgos:

Se observa fractura desplazada del tercio distal del fémur con contacto a carilla articular.  
 Engrosamiento de las partes blandas.  
 Disminución de los valores de atenuación del sistema óseo dado a signos de osteopenia.  
 Nivel grasa / liquido / liquido (Lipohemartrosis).  
 La rotula muestra dimensión, forma y posición normal.  
 La epifisis proximal del peroné es normal

**CONCLUSIÓN:** COMENTARIO ANTERIOR.

Atentamente,

*Oscar M. Romero*  
 CC. 72.276.461  
 EM 08/243/2006

**OSCAR M. ROMERO**  
 Medico Radiólogo

### 3.3. No agotamiento de SOAT

Como se ha señalado previamente, la demandante no puede exigir a mi representada la prestación presunta de servicios con origen en accidentes de tránsito, los cuales por su naturaleza deben ser cubiertos con cargo a la aseguradora que expide el SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO, cuyo agotamiento previo al cobro a mi representada no logra acreditarse.

En ese orden, la parte actora aporta como prueba certificación emitida por esta misma entidad, pese a que el agotamiento de SOAT debe ser certificado por la aseguradora contratada para cubrir el siniestro. Por su parte, tras petición elevada por nuestra entidad, el asegurador SEGUROS DEL ESTADO S.A. expidió certificación que acredita que la póliza de seguro No. 32332585 para el siniestro del 4 de octubre de 2016 no ha agotado su cobertura, toda vez que la aseguradora ha pagado un valor de \$0. Así, remitimos al plenario la certificación emitida junto con la presente contestación para los efectos correspondientes.



PCN COVID-19

#### CERTIFICACION

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Hace constar que en virtud de la póliza de Seguro de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito No. 32334585 han presentado las siguientes reclamaciones.

SINIESTRO SOAT	165002/2016
FECHA DE SINIESTRO	04/10/2016
AFECTADO	85081532-TORRES MALDONADO JOSE RAMON
CONCEPTO	GASTOS MEDICOS
VALOR PAGADO	\$ 0
ESTADO	Cobertura NO Agotada

Les recordamos que la Cobertura para el amparo de Gastos Médico-Quirúrgicos y Farmacéuticos para el año en que ocurrió el accidente de tránsito es de \$18.385.440

Dada en Bogotá D.C. el lunes, 14 de marzo de 2022.

Igualmente, se requirió al CONSORCIO SAYP copia del certificado de agotamiento de cobertura de SOAT y del valor agotado por cobros de atenciones de los pacientes JUAN CARLOS CALLE HERNANDEZ, ELDER BORIS BERMUDEZ LOZANO y NUVIA ELENA RODRIGUEZ DIAZ, sin embargo, hasta la fecha, la entidad no ha efectuado pronunciamiento alguno frente a lo requerido, razón por la cual se solicita a su respetado Despacho se oficie a la entidad, a efectos de que se pronuncie sobre lo solicitado.



Aunado a lo anterior, de las documentales aportadas, se evidencia que la demandante solicitó autorización de servicios de salud a COOSALUD ESS EPSS para la atención del usuario JOSE RAMON TORRES MALDONADO desde el 4 de octubre de 2021, pese a que, según lo afirmado por la misma IPS, el tope de SOAT se superó el 8 de octubre de 2016:

CLINICA JALLER S.A.S. ALTA COMPLEJIDAD		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
ANEXO 3			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO DE SOLICITUD	5,794	Fecha	2016/10/04
Hora: 16:16			
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)</b>			
Nombre :	Clínica Jaller S.A.S.		NIT: NI 802016761
Código:	080010011801	Dirección del prestador:	CALLE 61 N° 50-124
Teléfono:	095 - 3856084	Departamento	08 ATLÁNTICO
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador):	COOSALUD ESS EPSS	Municipio:	001 BARRANQUILLA (DIS)
		Código: ESS024	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
TORRES	MALDONADO	JOSE	RAMON
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de documento	CC	Numero de documento de identificación:	85081532
Fecha de nacimiento:	1965/08/31	Teléfono:	3045932236 - 3006399246
Dirección de residencia habitual: CALLE 10 # 7 - 90 (SIMON BOLIVAR)			
Departamento: 47 MAGDALENA		Municipio: 745 SITIONUEVO	
Correo electrónico: admisiones@clinicajaller.com			
Cobertura en salud: Subsidiado - Total			

Asimismo, la demandante CLINICA JALLER S.A.S. solicitó a COOSALUD ESS EPSS la autorización de servicios de salud para el paciente JUAN CARLOS HERNANDEZ CALLE desde el 12 de febrero de 2017 aun cuando el tope de SOAT presuntamente no se superó sino hasta el 13 de febrero de 2016:

CLINICA JALLER S.A.S. ALTA COMPLEJIDAD		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
ANEXO 3			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO DE SOLICITUD	854	Fecha	2017/02/12
Hora: 03:24			
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)</b>			
Nombre :	Clínica Jaller S.A.S.		NIT: NI 802016761
Código:	080010011801	Dirección del prestador:	CALLE 61 N° 50-124
Teléfono:	095 - 3856084	Departamento	08 ATLÁNTICO
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador):	COOSALUD ESS EPSS	Municipio:	001 BARRANQUILLA (DIS)
		Código: ESS024	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
CALLE	HERNANDEZ	JUAN CARLOS	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de documento	CC	Numero de documento de identificación:	19597782
Fecha de nacimiento:	1979/02/02	Teléfono:	3012434490-3012158230
Dirección de residencia habitual: CALLE 13 N 9-55 BR EL CARMEN			
Departamento: 47 MAGDALENA		Municipio: 288 FUNDACION	
Correo electrónico: admisiones@clinicajaller.com			
Cobertura en salud: Subsidiado - Total			

A su vez, para la prestación de servicios de salud del señor ELDER BORIS BERMUDEZ LOZANO, la demandante presentó solicitud de autorización desde el 3 de marzo de 2017, sin embargo, el SOAT presuntamente fue agotado el 15 de marzo de 2017.



CLINICA JALLER S.A.S. <small>ALTA CONFIDABILIDAD</small>		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
ANEXO 3			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO DE SOLICITUD	1,232	Fecha	2017/03/03
		Hora:	03:15
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)</b>			
Nombre :	Clinica Jaller S.A.S.	NIT:	NI 802016761
Código:	080010011801	Dirección del prestador:	CALLE 61 N° 50-124
Teléfono:	095 - 3856084	Departamento	08 ATLÁNTICO
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador):		Municipio:	001 BARRANQUILLA (DIS
		Código:	ESS024
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
BERMUDEZ	LOZANO	ELDER	BORIS
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de documento	CC	Numero de documento de identificación:	72231104
Fecha de nacimiento:	1971/05/08	Teléfono:	3015040322-3014605891
Dirección de residencia habitual:		CARRERA 2C#37-30	
Departamento:	08 ATLÁNTICO	Municipio:	001 BARRANQUILLA (DISTRITO)
Correo electrónico:		admisiones@clinicajaller.com	
Cobertura en salud: Subsidado - Total			

Finalmente, frente a las atenciones brindadas a la paciente NUVIA ELENA RODRIGUEZ DIAZ, la parte actora solicitó la autorización de servicios el 26 de marzo de 2017, a pesar de que el agotamiento de SOAT no acaeció sino hasta el 30 de marzo de 2017:

CLINICA JALLER S.A.S. <small>ALTA CONFIDABILIDAD</small>		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
ANEXO 3			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO DE SOLICITUD	1,661	Fecha	2017/03/26
		Hora:	00:34
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)</b>			
Nombre :	Clinica Jaller S.A.S.	NIT:	NI 802016761
Código:	080010011801	Dirección del prestador:	CALLE 61 N° 50-124
Teléfono:	095 - 3856084	Departamento	08 ATLÁNTICO
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador):		Municipio:	001 BARRANQUILLA (DIS
		Código:	ESS024
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
RODRIGUEZ	DIAZ	NUVIA	ELENA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de documento	CC	Numero de documento de identificación:	26911758
Fecha de nacimiento:	1956/03/25	Teléfono:	3002256099-3015838115
Dirección de residencia habitual:		CALLE 51 B # 3 B -39 PRADO	
Departamento:	08 ATLÁNTICO	Municipio:	758 SOLEDAD
Correo electrónico:		admisiones@clinicajaller.com	
Cobertura en salud: Subsidado - Total			

#### 4. Ausencia de contrato.

En el caso concreto, no existió ningún vínculo contractual entre la demandante y la demandada, razón por la cual la determinación de la obligación sustancial solo era posible siguiendo el trámite previsto en el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008. Trámite que no culminó a consecuencia de la devolución producida por no haberse obtenido la autorización de ley.

La carencia de contrato es un elemento fundamental, pues en ausencia de acuerdo el único mecanismo para permitir el reconocimiento era precisamente la autorización, entendida como el acto jurídico fundacional de la obligación sustancial.



## 5. Prescripción

Las normas que gobiernan el flujo de recursos del sector salud, determinan que la instrumentación de este tipo de obligaciones debe realizarse mediante el uso de facturas título valor.

Desde esta perspectiva el instrumento seleccionado por el legislador es unívoco e irremplazable, máxime cuando entre las partes no media un negocio jurídico. Siguiendo esta organización del sistema, no le es posible al demandante obtener el reconocimiento obligacional por una vía distinta.

Ahora bien, como la factura, es en realidad un título valor su prescripción será la propia de la acción cambiaria de tres (3) años. Revisadas las facturas aportadas, se observa desde ahora que todas ellas se encuentran prescritas dado que fueron emitidas en los años 2016 y 2017, por lo que frente a todas ellas se consolidó la prescripción.

En efecto, se verifica que las facturas con las que el demandante pretende acreditar la prestación del servicio y con ellas se declare la existencia de una obligación, no cumplen con los requisitos de Ley, tal y como se señaló anteriormente y se puede observar en las causales de devolución de las mismas; ya que inclusive estas se encuentran prescritas, término de vencimiento que en este caso se cumple no solo por negligencia de presentación en tiempo, sino que precisamente esa falta de presentación obedece a que estas no cumplían con los requisitos de Ley, pretendiendo ahora el actor que por una vía diferente se le reconozca una obligación que no podía adelantar por vía ejecutiva.

## 6. Imposibilidad de aplicar Intereses moratorios.

Frente a las obligaciones que se solicita declarar no procede la causación de ningún tipo de interés de mora, por no tratarse de obligaciones claras, expresas y exigibles, sino de derechos inciertos y discutibles que deberán ser aclarados en la oportunidad procesal pertinente.

## VII. SOLICITUD

Con base en lo anterior, me permito solicitar al Despacho:

**Primero.** Declarar probadas las excepciones contenidas en este escrito.

**Segundo.** Ordenar el archivo del proceso.

**Tercero.** Amén de las solicitudes anteriores y tomando en consideración que conforme a lo establecido en el numeral 1° del Artículo 2° del Decreto 3990 de 2007 mediante el cual se estableció que se debe Adoptar el Certificado de Agotamiento de cobertura como documento que deberán generar y presentar ante el Ministerio de la Protección Social, las Compañías Aseguradoras del SOAT, en el momento en que cancelen el último valor



reconocido a la entidad reclamante y como quiera que ante la FALTA DE AGOTAMIENTO de tales coberturas en los casos señalados

### VIII. PRUEBAS

Adjunto y solicito como prueba las siguientes:

- **DOCUMENTALES:**

1. Petición Agotamiento De SOAT Seguros Del Estados con su correspondiente constancia de radicación.
2. Certificados expedidos por la aseguradora que expidió el **SOAT** en el caso de la presunta atención garantizada al usuario **JOSE RAMON TORRES MALDONADO** (Factura No. 121122 y en donde consta que **NO HUBO AGOTAMIENTO DE SOAT** en la atención garantizada al paciente.
3. Petición Agotamiento De SOAT CONSORCIO SAYP con su correspondiente constancia de radicación.
4. Informe forense dictado por firma auditora SAG Assesment & Consulting S.A.S.
5. Resolución 3047 de 2008 emanada del Ministerio de Salud y de la Protección Social.
6. Decreto 4747 de 2007 emanado del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

- **DE OFICIO**

se solicita a este Despacho, se sirva requerir al CONSORCIO SAYP, con el fin de que remitan con destino al expediente, el correspondiente certificado de agotamiento se recursos del SOAT, referente a las atenciones brindadas por concepto de accidentes de tránsito a usuarios relacionados a continuación:

NOMBRE	ID	FECHA DEL ACCIDENTE	VALOR
JUAN CARLOS CALLE HERNANDEZ	19597782	11/02/2017	\$ 19.672.453
ELDER BORIS BERMUDEZ LOZANO	72231104	2/03/2017	\$ 19.672.453
NUVIA ELENA RODRIGUEZ DIAZ	26911758	25/03/2017	\$ 19.672.453

### TESTIMONIALES

Sírvase citar y hacer comparecer a las personas que a continuación relación, para que declaren sobre todo lo que les consten sobre los hechos de la demanda y medios exceptivos:



1. **SIMON ALEJANDRO GUZMAN**, en su calidad de auditor de SAG Consulting, quien se ubica en la dirección Tv 59 B # 128-63 Bogotá D. C y en el correo electrónico [simon\\_guzman@sagconsulting.co](mailto:simon_guzman@sagconsulting.co)

## IX. ANEXOS

En calidad de anexos me permito arrimar al plenario los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal de **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**.
2. Poder especial a mi conferido para ejercer la defensa de los intereses de la parte demandada.

## X. NOTIFICACIONES

Esta entidad recibe notificaciones en los correos electrónicos: [smvega@coosalud.com](mailto:smvega@coosalud.com) y [notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com)

Del Señor Juez Atentamente,



**SANDRA MARCELA VEGA ARANGO**

C.C. 1.047.446.328 de Cartagena

T.P. 257.221 del C. S. de la J.

**Apoderada Judicial**

**COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD.**



DJM-4203/22

Bogotá, D.C., 16 de marzo de 2022

PCN COVID-19

Señora

MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO

Representante Legal suplente

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

Teléfono: 3177507917 – 3196957874

Correo: [notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com) , [lcalvano@coosalud.com](mailto:lcalvano@coosalud.com)

Cartagena, Bolívar

Asunto: Respuesta Derecho de Petición  
Afectado : Jose Ramon Torres Maldonado  
Siniestro : 165002/2016\*1  
Fecha AT : 04/10/2016  
Póliza: : AT 32334585  
Documento interno : 11/2022\*7472

Respetada Señora Maria:

En respuesta a su comunicado fechado el día 16 de febrero de 2022, recibido por medio de los canales electrónicos en nuestra Compañía, a través del cual solicita la pretensión que se relaciona a continuación, nos permitimos dar respuesta de la siguiente manera:

*“(...) 1. Copia del certificado de agotamiento de cobertura de SOAT con el valor final reconocido a la CLINICA JALLER, con ocasión de las atenciones brindadas a los usuarios relacionados.*

*2. Copia de la negativa de reconocimiento de pago de seguro SOAT.*

*3. Se certifique el valor agotado por cobros de atenciones de cualquier prestador para la atención de los pacientes anteriormente identificados según las fechas de vigencia de la póliza teniendo como referencia la fecha de la atención, donde se establezca claramente el monto facturado por el prestador, el valor glosado y el valor finalmente pagado o si hay valores aun por conciliar.*

*4. Asimismo, según el tope certificado indicar que reclamaciones se efectuaron por esos pacientes y porque valor, además indicar del valor agotado o del total reclamado cuanto se agotó por la CLINICA JALLER S.A.S (...)”*

DJM-4203/22

En atención a su solicitud se informa que, a la fecha la cobertura de la póliza SOAT 32334585 no han sido agotada para el afectado Jose Ramon Torres Maldonado y no se han reconocido valores, a ningún Prestador De Servicio De Salud a la fecha. De igual manera, se hace necesario aclarar el proceso de reclamación de las IPS, en este caso, la Institución Prestadora de Servicios de Salud: 1. radica las reclamaciones: 2. Estas reclamaciones pasan por un proceso de auditoria en la cual se determina el valor total a pagar por cada uno de los servicios prestados.

Por otro lado, informamos que cualquier víctima por un accidente de tránsito con afectación a una póliza SOAT tiene derecho a una debida e integra atención y transporte medico en cualquier entidad prestadora de servicios de salud, hasta que sea agotada la cobertura de la póliza que para el año de ocurrencia del siniestro es de \$ 18.385.440.

Es importante recordar que, para la atención medica de SOAT no se requiere que medie convenio, es un mandato legal que deben atender las IPS, en concordancia con el Artículo 2.6.1.4.2.1, Decreto 780 del 2016, el cual indica:

**“SERVICIOS DE SALUD.** Para efectos del presente Capítulo, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía.

Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente Capítulo comprenden:

1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.
2. Atenciones ambulatorias intramurales.
3. Atenciones con internación.
4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
5. Suministro de medicamentos.
6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
7. Traslado asistencial de pacientes.
8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
9. Rehabilitación física.
10. Rehabilitación mental.

DJM-4203/22

*El traslado asistencial de pacientes entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud se pagará con cargo a los recursos del SOAT o de la Subcuenta ECAT del Fosyga, al valor establecido por el Gobierno nacional. Hasta tanto se expida la reglamentación correspondiente, se pagará a la tarifa institucional del Prestador de Servicios de Salud.”*

De igual manera a continuación se relacionan los documentos exigidos para la presentados de reclamaciones ante el SOAT, en el cual luego de su lectura no se evidencia que para la radicación de reclamaciones sea un documento indispensable “un estado de cuenta”, por lo cual la Institución Prestado de Servicios de Salud, debe garantizar y prestar el servicios o servicios requeridos sin trabas administrativas.

El artículo 2.6.1.42.20 del Decreto 780 de 2016, donde se relaciona los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de Salud, se indica que:

*“Artículo 2.6.1.4.2.20. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctima de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos.*

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

DJM-4203/22

- 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.
- 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
- 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.
4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.
5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.”

Frente a la solicitud de documento “*Copia de la negativa de reconocimiento de pago de seguro SOAT*” que usted requiere, se informa que, de ser una factura aportada por ustedes agradecemos nos informe el número de la factura nombre del afectado y documento de identidad, o en su defecto soporte de recepción en la compañía, si es de factura aportada por el prestador de servicios de salud Clínica Jaller SAS debemos mencionar que, Realizada la validación por parte de la Aseguradora, se debe tener en cuenta que el derecho de petición ejercido ante personas jurídicas privadas y teniendo en cuenta el objeto que desarrolla esta compañía, se rige considerando lo establecido por la ley 1755 de 2015 que en su Artículo 32, señala:

*“(…) Las peticiones ante las empresas o personas que administran archivos y bases de datos de carácter financiero, crediticio, comercial, de servicios y las provenientes de terceros países se registrarán por lo dispuesto en la Ley Estatutaria del Hábeas Data.”*

Las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 disponen la protección de Habeas Data, indicando lo que debe ser comprendido como DATO y exponiendo que el principio de confidencialidad consiste en que todas las personas naturales o jurídicas que intervengan en la administración de datos personales que no tengan carácter público, están obligadas en todo tiempo a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende la administración de datos.

Así las cosas, le manifestamos que la información que conserva la aseguradora corresponde a datos personales y sensibles que gozan de confidencialidad, por lo cual, no es posible brindar los documentos que usted ahora requiere. Solo podrán acceder a

NIT: 860.009.578-6

DJM-4203/22

esta información el representante legal o quien haga sus veces en CLÍNICA JALLER SAS. Una vez se acredite la calidad que ostenta dentro de las reclamaciones esta Compañía, se le dará respuesta de fondo a la pretensión.

Reiteramos nuestro compromiso de servicio y esperamos haber atendido satisfactoriamente las peticiones planteadas en su comunicado, agradeciendo su atención y anotando, que ante cualquier inquietud o envío de documentación, podrá remitirla al correo [requerimientosjudicialesycartera@sis.co](mailto:requerimientosjudicialesycartera@sis.co), o comunicarse al teléfono PBX: 6767400 en la ciudad de Bogotá, D.C.

En atención a la petición respetuosa remitida a esta Aseguradora, en documento adjunto encontrará Certificado de Agotamiento y Cobertura.

Atentamente,

**Profesional Jurídico SOAT Siniestros**

Anexo: UNO (Certificado de Agotamiento y Cobertura)  
Mbalcero



PCN COVID-19

## CERTIFICACION

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.** Hace constar que en virtud de la póliza de Seguro de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito No. **32334585** han presentado las siguientes reclamaciones.

<b>SINIESTRO SOAT</b>	<b>165002/2016</b>
FECHA DE SINIESTRO	04/10/2016
AFFECTADO	85081532-TORRES MALDONADO JOSE RAMON
CONCEPTO	GASTOS MEDICOS
VALOR PAGADO	\$ 0
ESTADO	Cobertura NO Agotada

Les recordamos que la Cobertura para el amparo de Gastos Médico-Quirúrgicos y Farmacéuticos para el año en que ocurrió el accidente de tránsito es de \$18.385.440

Dada en Bogotá D.C. el lunes, 14 de marzo de 2022.

Cordialmente,

**DIRECCIÓN DE INDEMNIZACIONES**

dbarrera

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

### **NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD  
Sigla: COOPERATIVA COOSALUD  
Nit: 800249241-0  
Domicilio principal: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA

### **INSCRIPCION**

Inscripción No.: 09-323590-24  
Fecha inscripción: 08 de Enero de 2014  
Último año renovado: 2022  
Fecha de renovación: 30 de Marzo de 2022  
Grupo NIIF: 3 - GRUPO II.

### **UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Calle 31 D 52 126 Sector Once de Noviembre Br. Olaya Herrera  
Municipio: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA  
Correo electrónico: [notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com)  
Teléfono comercial 1: 6752499  
Teléfono comercial 2: 3185062660  
Teléfono comercial 3: No reportó  
Página web: No reportó

Dirección para notificación judicial: Calle 31 D 52 126 Sector Once de Noviembre Br. Olaya Herrera  
Municipio: CARTAGENA, BOLIVAR, COLOMBIA  
Correo electrónico de notificación: [notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com)  
Teléfono para notificación 1: 6752499  
Teléfono para notificación 2: 3185062660

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

Teléfono para notificación 3: No reportó

La persona jurídica COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

### **CONSTITUCIÓN**

CONSTITUCION: Por Certificado especial del 07 de Enero de 2014, expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de Enero de 2014, bajo el numero 614 del III, del Registro de la Economía Solidaria, consta que por Resolución No. 2365 del 24 de Agosto de 1994 de Dancoop, se constituyó la entidad sin ánimo de lucro denominada:

#### **COOPERATIVA EMPRESA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL**

Por Certificado Especial expedido por la Superintendencia Nacional de Salud del 07 de Enero de 2014, inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de Enero de 2014, bajo el No. 614 del Libro III del Registro de la Economía Solidaria, se traslada el registro de esta entidad del sector solidario a esta Cámara de Comercio, en virtud de lo dispuesto en el Decreto 0019 del 2012 y la circular 008 del 2012 de la Superintendencia de Industria y Comercio.

### **REFORMAS ESPECIALES**

Que por Escritura Pública No. 3,606 del 22 de Agosto de 2017, otorgada en la Notaría 2ª. de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de Agosto de 2017 bajo el número 146 del Libro III del Registro de Economía Solidaria, se aprueba la Escisión parcial de la entidad COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, y la sociedad COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. BENEFICIARIA

Que por Escritura Pública No. 3,606 del 22 de Agosto de 2017, otorgada en la Notaría 2ª. de Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de Agosto de 2017 bajo el número 2.146 del Libro III del Registro de

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

Economía Solidaria, se aprueba la Escisión parcial de la entidad COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, y la sociedad COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. BENEFICIARIA

Que por Acta No. 001 del 14 de Marzo de 2008, correspondiente a la reunión de Asamblea General ordinaria (Auto 00068 del 24 de Julio de 2008) OR 580 del 14 de Agosto de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, inscrita en esta Cámara de Comercio el 08 de Enero de 2014 bajo el número 614 del Libro III, del Registro de la Economía Solidaria, la entidad cambio de razón social por:

COOPERATIVA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL "COOSALUD ESS" ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS

**CERTIFICA:**

Que por Acta No. 001 del 17 de Marzo de 2016, correspondiente a la reunión Asamblea de Asociados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 Mayo de 2016, bajo el número 1,089 del Libro III del Registro de Economía Solidaria, la entidad cambió su razón social por:

COOPERATIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

**CERTIFICA:**

Que por Acta No. 002/2018 del 22 de marzo de 2018, correspondiente a la reunión Asamblea Extraordinaria de Asociados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de junio de 2018, bajo el número 2312 del Libro III del Registro de Economía Solidaria, la entidad cambió su razón social por:

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD  
SIGLA COOPERATIVA COOSALUD

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

**ENTIDAD QUE EJERCE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL**

SUPERINTENDENCIA DE ECONOMIA SOLIDARIA

**TERMINO DE DURACIÓN**

DURACIÓN: Que la entidad no se halla disuelta y su duración es indefinida.

**OBJETO SOCIAL**

En desarrollo del acuerdo cooperativo, la COOPERATIVA COOSALUD, tiene como objeto social procurar la satisfacción de las necesidades comunes personales, profesionales tanto de los asociados como de su grupo familiar, contribuyendo a la protección mutual y social a través de la prestación de servicios sociales y culturales autorizados a las cooperativas multiactivas, promoviendo el desarrollo de una cultura de emprendimiento y fortaleciendo los lazos de integración y ayuda mutua. Así mismo, buscará generar acciones integrales para el crecimiento socio económico y cultural de su comunidad de asociados, en procura del desarrollo integral y en defensa y protección del medio ambiente. De Igual manera, en desarrollo de su Objeto social, podrá efectuar descuentos por nómina y suscribir acuerdos o convenios de libranza, con empleadores o entidades pagadoras, de naturaleza pública o privada, así como aceptar que sus asociados atiendan las obligaciones con la Cooperativa COOSALUD a través del sistema de libranzas. Igualmente, podrá acordar otros mecanismos de recaudo y actuar como entidad operadora de libranzas. En todo caso, en el desarrollo de dichas actividades de libranza, la Cooperativa garantizará el origen lícito de los recursos destinado para tal fin y cumplirá con las demás exigencias legales vigentes. PARÁGRAFO. Las empresas vinculadas económicamente a la COOPERATIVA COOSALUD, estarán sujetas a sus directrices, en ejercicio del principio de unidad de propósito, dirección y control que ésta ejerce. ARTÍCULO 7. CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL. Para el cumplimiento de su objeto social, la Cooperativa COOSALUD de una manera directa o a través de sus empresas vinculadas económicamente. O de empresas en las que participe como inversionista o mediante convenio podrá adelantar toda clase de operaciones, actos, y contratos que tengan relación y sean necesarios para el desarrollo de su objeto, en beneficio de sus asociados y su grupo familiar. PARAGRAFO 1. Para tal fin, realizará todo tipo de actividades acordes con la ley, la moral y las buenas

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

costumbres, de acuerdo con las normas vigentes, las políticas y autorizaciones de la Asamblea General de Delegados y la reglamentación que expida el Consejo de Administración que permitan satisfacer las necesidades de sus asociados, sus familias y empresas, agrupadas en las siguientes secciones de servicios: a) Salud; b) Crédito; c) Previsión, protección y bienestar social; d) Educación y cultura; e) Desarrollo empresarial; f) Recreación, deporte y turismo; g) Comercialización; h) Proyectos especiales; i) Gestión de inversiones.

#### **REPRESENTACIÓN LEGAL**

REPRESENTACION LEGAL: El Presidente Ejecutivo será el Representante Legal de la COOPERATIVA COOSALUD, el principal ejecutor de las decisiones de la Asamblea General de Delegados y del Consejo de Administración, así mismo ejercerá la representación de la COOPERATIVA COOSALUD en, las empresas vinculadas económicamente y las demás en donde tenga inversiones la COOPERATIVA COOSALUD y en aquellas en donde dichas empresas tengan participación. igualmente, será el superior jerárquico de todos los funcionarios de la COOPERATIVA COOSALUD. El Presidente Ejecutivo será nombrado y removido libremente por el Consejo de Administración. REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE. El representante legal suplente será designado y removido por el Consejo de Administración. La designación se realizará por el periodo de un año del nivel directivo de la planta de personal de la COOPERATIVA COOSALUD. Las funciones del representante legal suplente serán las siguientes: 1. Ejercer de manera permanente la representación judicial de la COOPERATIVA COOSALUD, ante autoridades judiciales y administrativas, sin perjuicio de que el Presidente Ejecutivo decida ejercerla en los casos en que lo considere conveniente. 2. Asumir el cargo en las ausencias temporales del Presidente Ejecutivo, por motivos de licencias, vacaciones y permisos autorizados por el Consejo de administración.

#### **FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

1. Definir la estrategia corporativa con el fin alcanzar los objetivos de la COOPERATIVA COOSALUD. 2. Ejecutar las decisiones, acuerdos y orientaciones de la Asamblea General y del Consejo de Administración. así como supervisar el funcionamiento de la Cooperativa. la prestación de los servicios, el desarrollo de los programa y cuidar de la debida y oportuna ejecución de las operaciones y su contabilización 3. Proponer los programas de desarrollo de la COOPERATIVA COOSALUD y preparar los

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

proyectos y presupuestos que serán sometidos a consideración y aprobación del Consejo de Administración. 4. Organizar y dirigir de acuerdo con el Estatuto Social, los reglamentos y orientaciones de la Asamblea General de Delegados y del Consejo de Administración, el funcionamiento de la COOPERATIVA COOSALUD, la prestación de los servicios, el desarrollo de los programas y cuidar de la debida ejecución de las operaciones. 5. Velar porque los bienes, inversiones y valores de la COOPERATIVA COOSALUD, se hallen adecuadamente protegidos y porque la contabilidad de la COOPERATIVA COOSALUD, se encuentre al día y de conformidad con las normas sobre la materia. Igualmente, definir el uso de las activos de la COOPERATIVA COOSALUD, siempre en pro del cumplimiento de su objeto social. 6. Celebrar todos los contratos y operaciones que requiera la Cooperativa COOSALUD en el giro normal de sus actividades. Los contratos u operaciones no incluidos en el presupuesto anual de gastos e inversiones, cuyo valor exceda del equivalente a mil (1.000) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, deberán contar con la aprobación previa del Consejo de Administración. 7. Celebrar, previa autorización expresa del Consejo de Administración, los contratos relacionados con la adquisición, venta y constitución de garantías reales sobre inmuebles. 8. Dirigir las relaciones públicas de la COOPERATIVA COOSAWD, en particular con las organizaciones de Economía Solidaria y de integración del sector. 9. Procurar que los Asociados reciban información oportuna sobre los servicios y demás asuntos de interés y mantener permanente comunicación con ellos. 10. Rendir periódicamente al Consejo de Administración informes de gestión relacionados con el funcionamiento de la COOPERATIVA COOSAWD y el de sus empresas. Sin perjuicio de los que pueda solicitar el Consejo de Administración. 11. Ordenar los gastos ordinarios y extraordinarios con sujeción al presupuesto aprobado por el Consejo de Administración o con las facultades especiales que se le otorgan para el efecto. 12. Firmar los Estados Financieros que elabore la COOPERATIVA COOSALUD, producto de sus operaciones. 13. Elaborar, para verificación de la Junta de Vigilancia, el listado de Asociados hábiles e inhábiles, previo a la convocatoria de los procesos de elección y el listado de delegados hábiles e inhábiles para la Asamblea General de Delegados. 14. Presentar al Consejo de Administración el proyecto de la planta de personal, la estructura administrativa, sus funciones y los niveles de remuneración, para su aprobación. Nombrar los empleados de la cooperativa. de acuerdo con la planta de personal y régimen laboral interno. Aue para el efecto establezca el Consejo de Administración. 15. Ejercer la representación de los intereses de la COOPERATIVA COOSALUD ante las empresas vinculadas

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

económicamente y ante las demás en donde tenga inversiones la COOPERATIVA COOSALUD y en aquellas en donde dichas empresas tengan participación 17. Delegar, de conformidad con su naturaleza, especiales funciones o atribuciones en otros funcionarios, o en personas particulares. de conformidad con poderes específicamente conferidos. bajo su total responsabilidad, y reglamentar el ejercicio de tales funciones y poderes.18. Rendir a la Asamblea General de delegados conjunto con el Consejo de Administración, informes sobre la gestión anual y estados financieros de cada una de las empresas vinculadas económicamente a la Cooperativa. 19. Nombrar y remover el personal de la entidad, de acuerdo con las normas contractuales y legales. 20. Aplicar las sanciones disciplinarias que le correspondan como máxima autoridad ejecutiva y las que expresamente le determinen los reglamentos. 21. Notificar al Consejo de Administración para su aprobación los permisos que requiera. 22. Ejercer las Sigüientes funciones relacionadas con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo ISARLAFT a. Someter a aprobación del Consejo de Administración, en coordinación con el Oficial de cumplimiento. el Manual de procedimientos del SARLAF y su actualizaciones. b. Verificar en los procedimientos establecidos desarrollen las políticas aprobadas por el consejo de Administración. c. Proponer de los recursos técnicos y humanos para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT. según la aprobación impartida o el Consejo de Administración. d. Brindar el apoyo que requiera el Oficial de Cumplimiento e. Coordinar y programar los planes de capacitación sobre el SARLAFT dirigido a todas las áreas y funcionarios de la Cooperativa, incluyendo el Consejo de Administración, la Revisoría Fiscal y la Junta de Vigilancia. f. Verificar la adopción y funcionamiento de los procedimientos definidos para eV adecuado manejo, conservación y archivo de los documentos y reportes relacionados con el SARLAFT J y garantizar la confidencialidad de dicha información. 23. implementar y desarrollar el Sistema Integrado de Administración de Riesgos (SIAR) que permita la adecuada identificación1 medición, control y Seguimiento de los riesgos Que enfrenta la entidad. Para tal efecto, deberá dar a conocer y someter a aprobación del Consejo de Administración, la política de gestión y control de los riesgos filada por la t3erencia. 24. Las demás funciones que le señale la Ley, el Estatuto Social, el Consejo de Administración y las que resulten de su participación en los organismos cooperativos, fundaciones, corporaciones y sociedades, en las cuales la COOPERATIVA COOSALUD tenga participación patrimonial o con las cuales esté aliada. PARÁGRAFO. Las anteriores funciones y las que hacen relación con la ejecución de tas actividades

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

de la COOPERATIVACOOSALUD, las desempeñar el Presidente ejecutivo por sí mismo o mediante delegación expresa en los funcionarios de la COOPERATIVA COOSALUD, bajo su responsabilidad.

**NOMBRAMIENTOS**

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	JAIME GONZALEZ MONTAÑO DESIGNACION	C 73.102.112

Por Certificado especial del 07 de Enero de 2014, expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de Enero de 2014, bajo el numero 614 del III, del Registro de la Economía Solidaria, consta que por Acta No. 69 del 10 de Abril de 1996, correspondiente a la reunión de Consejo de Administración, fue nombrado al Representante Legal.

REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO DESIGNACION	C 1.143.376.336
---------------------------------	--	-----------------

Por Acta No. 848 del 30 de Agosto de 2019, correspondiente a la reunión de Consejo de Administración, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de Enero de 2020, bajo el número 2,594 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

**CONSEJO DE ADMINISTRACION**

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRINCIPAL	MARGARITA DE LACRUZ ORTEGA VALDES DESIGNACION	C 45.508.904

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

PRINCIPAL	HERMES CRUZ CELIS	C 5.688.975
-----------	-------------------	-------------





Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE YOLANDA VERGARA PARRA C 66.700.148  
DESIGNACION

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE DELIA DEL CARMEN SANEZ DE C 33.159.148  
LA CERDA  
DESIGNACION

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE MIRLADYS HERNANDEZ CONEO C 45.476.690  
DESIGNACION

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE SOCORRO ADELA VALENCIA C 21.576.407  
CORREA  
DESIGNACION

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE DIANA PAOLA CANTILLO SALAS C 45.543.404  
DESIGNACION

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE	LINA MARIA ARREGOCES SOLANO DESIGNACION	C	57.431.902
----------	---	---	------------

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

SUPLENTE	JULIA MARIA MORALES RICARDO DESIGNACION	C	45.540.490
----------	---	---	------------

Por acta No. 01/2018 del 21 de Marzo de 2018, correspondiente a la reunión de Asamblea General Ordinaria de Delegados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2018, bajo el número 2,313 del Libro III, del Registro de Economía Solidaria.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	RUBEN DARIO CASTILLO CHARRIS DESIGNACION	C 9.071.649

Por Certificado especial del 07 de Enero de 2014, expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de Enero de 2014, bajo el número 614 del III, del Registro de la Economía Solidaria, consta que por Acta No. 01 del 22 de Junio de 2002, correspondiente a la reunión de Asamblea General de Delegados, fueron nombrados a los Revisores Fiscales Principal y Suplente.

REVISOR FISCAL SUPLENTE	KATIA PADILLA OLIVO DESIGNACION	C	45.690.034
-------------------------	------------------------------------	---	------------

Por Acta No. 01/2014 del 28 de Marzo de 2014, correspondiente a la reunión Asamblea General de Asociados, celebrada en Cartagena, inscrita en esta Cámara de Comercio el 28 de Mayo de 2014, bajo el número 721 del Libro III del Registro de Economía Solidaria.

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

### PODERES

Por Escritura Pública No. 1955 del 07 de mayo de 2021, otorgada en la Notaría 2a. de Cartagena, registrada en esta Cámara de Comercio el 11 de mayo de 2021 con el No. 2821 del Libro III, la cooperativa confirió poder general y delegación expresa LAURA PAOLA CALVANO MENDEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.047.402,765, para que actúe en nombre y representación de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, como mandataria para asuntos judiciales de la entidad de conformidad con el parágrafo del artículos 84 de los Estatutos de la entidad, donde establece que las funciones que hacen relación con la ejecución de la COOPERATIVA COOSALUD, las desempeñara el Presidente ejecutivo por si mismo o mediante delegación expresa en los funcionarios de la COOPERATIVA COSALUD; bajo su responsabilidad. En consecuencia, se le faculta para las siguientes gestiones y actividades:

TERCERO: FACULTADES PARA ASUNTOS JUDICIALES: 1) Constituirse y notificarse como representante legal par asuntos judiciales en representación de la Cooperativa Multiactiva de desarrollo integral COOSALUD antes los juzgados correspondientes, en todos los procesos en que la Cooperativa figure como parte, sean estos de única sobre instancia, de cualquier naturaleza sea esta civil, penal, laboral, administrativa, disciplinaria, familia, etc. 2) Comparecer en nombre de la Cooperativa Coosalud como representante legal para asuntos judiciales ante cualquier entidad. 3) Participar en audiencias de conciliación extrajudicial y judicial relacionadas con procesos judiciales, previo informe del Representante Legal. 4) Absorber interrogatorio de parte como representante legal para asuntos judiciales de la Cooperativa Coosalud en todos los procesos en que la entidad figure como parte sean estos de única o doble instancia, de cualquier naturaleza sea esta civil, penal, laboral, administrativa, disciplinaria, familia, etc. 5) podrá otorgar poderes a abogados inscritos ante el Ministerio de Justicia o ante el Consejo Superior de la Judicatura, para que representen jurídicamente a la Cooperativa Coosalud, atiendan y lleven hasta su culminación todos los procesos en los que la entidad figuro como parte. 6) Tendrá la facultad de representación legal solo para los asuntos judiciales anteriormente relacionados, pudiendo actuar en todas las etapas y diligencias procesales, en que, por ley, deba actuar el Representantes Legal, como audiencias de conciliación, interrogatorio de parte, audiencias de instrucción y juzgamiento, descargo y demás actuaciones judiciales. CUARTO: Actuaciones prohibidas: Fuera de los

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

actos aquí descritos el no podrá actuar en representación de la Cooperativa Coosalud en actos distintos a los consignados en este mandato. QUINTO: Vigencia de este mandato: Se entenderá vigente el presente mandato en tanto no se revocado expresamente por el Presidente Ejecutivo de la Cooperativa Coosalud, o no se de las causales que la ley establece para su terminación y deberá registrarse ante la Cámara de Comercio de Cartagena de India.

#### **REFORMAS DE ESTATUTOS**

REFORMA: Por Certificado especial del 07 de Enero de 2014, expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, consta las siguientes reformas: Acta 01/2002. Reunión Extraordinaria Fecha 30 de octubre de 2002V Asamblea General de Delegados. (Auto 00663 del 15 de mayo de 2003.) OR No. 193 de fecha 7 de noviembre de 2003 Acta 002 del 3 de noviembre de 2004 (Auto 0123 de fecha 4 de marzo de 2005) OR 363 de fecha 16 de agosto de 2005. Se efectuaron observaciones respecto de los artículos 6 numerales 2) y 3), 11; numeral 7), 21; 25 y 31; 26; numeral 6), 60; 67; 75; 76; 78; 80; 86 y 112.

DOCUMENTO	INSCRIPCION
72917/03/2016 Asamblea	1089 del 06/05/2016 del L.III
3606 2/08/2017Not 2a. de Cartagena	2146 del 31/08/2016 del L.III
01 29/03/2017 Asamblea	2172 del 29/11/2017 del L.III
02 22/03/2018 Asamblea	2312 del 18/06/2018 del L.III
001 27/02/2020 Asamblea	2637 del 07/07/2020 del L.III
Acta No.002/2021del 24/07/2021 Asamblea	2913del 07/12/2021 del L.III

#### **RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cartagena, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos,

Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**SITUACIÓN(ES) DE CONTROL / GRUPO EMPRESARIAL**

SITUACION DE CONTROL

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD  
DOMICILIO CARTAGENA - COLOMBIANA  
ACTIVIDAD PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD

Controla a:

440809-97 INVERSIONES EN SALUD COOSALUD S.A.-COOSALUD INVERSA S.A.  
DOMICILIO BOGOTA - COLOMBIANA  
Filial  
PRESUPUESTO ARTICULO 261-INCISO 1 DEL CODIGO DE COMERCIO:  
POR POSEER EL 88% DE LAS ACCIONES  
ACTIVIDAD:

REALIZACION DE INVERSIONES Y TODO TIPO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON  
EL ASEGURAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD  
DOCUMENTO: PRIVADO DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2021  
DATOS INSCRIPCION: Libro 3 Nro 2758 DE FECHA 21/03/19

449174-97 RED HUMANA S.A.S  
DOMICILIO BOGOTA - COLOMBIANA  
Subordinada  
PRESUPUESTO ARTICULO 261-INCISO 1 DEL CODIGO DE COMERCIO: POR  
POSEER 88% DE LAS ACCIONES A TRAVES DE LA FILIAL INVERSIONES EN SALUD  
COOSALUD S.A.-COOSALUD INVERSA S.A.  
ACTIVIDAD: REALIZACION DE INVERSIONES Y TODO TIPO DE ACTIVIDADES  
RELACIONADAS CON EL ASEGURAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN  
SALUD  
DOCUMENTO: PRIVADO DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2021

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

DATOS INSCRIPCION: Libro 3 Nro 2758 DE FECHA 21/03/19

SITUACION DE CONTROL

SITUACION DE CONTROL ENTRE LA ENTIDAD COOPERATIVA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL "COOSALUD ESS" ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPSS (MATRIZ) Y LA SOCIEDAD PROMOTORA DE INVERSIONES S.A.S (CONTROLADA).

MATRIZ 323590 24 COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

DOMICILIO CARTAGENA - COLOMBIANA

ACTIVIDAD La promoción de la afiliación de los habitantes de Colombia al tema general de seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico y régimen de influencia, carnetizar, administrar el riesgo en salud de sus afiliados, pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato, organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Así mismo, buscará generar acciones integrales para el crecimiento socioeconómico de sus asociados y de la comunidad, en procura del desarrollo integral y en defensa y protección del medio ambiente.

En especial propenderá por: 1.

Administrar el riesgo en salud de la población afiliada o asociada procurando disminuir la ocurrencia de enfermedades. 2. Garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población afiliada y carnetizada, directamente o mediante la contratación con entidades públicas o privadas, personas naturales o jurídicas debidamente habilitadas, del Plan Obligatorio de Salud Subsidiada, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud. 3. Ofrecer a sus asociados que no estén afiliados al régimen contributivo o subsidiado, atención en promoción y prevención y atención en salud con cargo al Fondo de Solidaridad, lo cual será reglamentado por el Consejo de Administración. 4. Administrar los Aportes Sociales y los recursos derivados por la suscripción de los contratos de aseguramiento, las donaciones de Organismos Públicos y Privados, nacionales e Internacionales que aseguren el cumplimiento del Objeto Social de la Empresa, acorde con las normas legales vigentes. 5. Mejorar el nivel de

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

vida de sus Asociados y de la comunidad mediante la implementación de proyectos auto sostenibles, productivos y rentables 6. Ofrecer asistencia técnica requerida para el desarrollo de la Comunidad. 7. Contribuir a la participación ciudadana de la gestión pública de la salud, incentivando la vinculación progresiva de los usuarios afiliados como asociados de la cooperativa.

Controla a:

246678 12 PROMOTORA DE INVERSIONES S.A.S

SIGLA PROMINSA S.A.S

DOMICILIO CARTAGENA - COLOMBIANA

Filial

PRESUPUESTO ARTICULO 261-INCISO 1 DEL CODIGO DE COMERCIO: Más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenece a la matriz directa o indirectamente.

ACTIVIDAD Cualquier actividad lícita de naturaleza civil o comercial, y en especial, con carácter enunciativo, las siguientes: Inversión, promoción, operación y explotación de bienes y servicios; la suscripción, otorgamiento o constitución de avales, garantías o seguridades a favor de terceros; la promoción de negocios de carácter mercantil y la compra, venta, permuta, administración, custodia, enajenación o circulación de toda clase de bienes muebles e inmuebles.

DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA DE 09 DE JULIO DE 2015.SITUACION DE CONTROL CONFIGURADA DESDE EL 31 DE MARZO DE 2014.

DATOS INSCRIPCION: Libro 9 Nro 116006 16/07/15

SITUACION DE CONTROL

SITUACION DE CONTROL ENTRE COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD (CONTROLANTE) Y LA SOCIEDAD INVERSIONES EN SALUD COOSALUD S.A.-COOSALUD INVERSA (FILIAL) Y RED HUMANA S.A.S. (SUBORDINADA)

MATRIZ 323590 24 COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

DOMICILIO CARTAGENA - COLOMBIANA

ACTIVIDAD ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD Y

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

SERVICIOS CONEXOS EN COLOMBIA O EL EXTERIOR.

Controla a:

INVERSIONES EN SALUD COOSALUD S.A.

DOMICILIO BOGOTA - COLOMBIANA

Filial

PRESUPUESTO ARTICULO 261-INCISO 1 DEL CODIGO DE COMERCIO: POR POSEER EL 88% DE LAS ACCIONES

ACTIVIDAD ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y SUS SERVICIOS CONEXOS EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR.

DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2021

DATOS INSCRIPCION: Libro 3 Nro 2758 19/03/21

RED HUMANA S.A.S.

DOMICILIO BOGOTA - COLOMBIANA

Subordinada

PRESUPUESTO ARTICULO 261-INCISO 1 DEL CODIGO DE COMERCIO: POR POSEER EL 88% DE LAS ACCIONES EN LA SUBORDINADA A TRAVES DE LA FILIAL

ACTIVIDAD PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD HUMANA CON INTERNACION, SERVICIOS AMBULATORIOS, SERVICIOS MEDICOS DE APOYO TERAPEUTICO ENTRE OTROS.

DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 16 DE FEBRERO DE 2021

DATOS INSCRIPCION: Libro 3 Nro 2758 19/03/21

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal código CIIU: 6492

Actividad secundaria código CIIU: 8699

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o

Cámara de Comercio de Cartagena  
**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**  
Fecha de expedición: 31/03/2022 - 10:20:27 AM



Recibo No.: 0008425549

Valor: \$00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: glbiUbzIaOQAchcj

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <http://serviciosvirtuales.cccartagena.org.co/e-cer> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$3,414,191,792.00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU: 8699

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la entidad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio de Cartagena, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual, puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Cartagena. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, hasta cuatro (4) veces durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

**OTORGAMIENTO DE PODER**

Notificaciones cooperativa multiactiva <Notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com>

Vie 4/03/2022 4:41 PM

Para: Sandra Marcela Vega Arango <smvega@coosalud.com>

**Doctora:**

**MARTHA PATRICIA CASTAÑEDA BORJA**

**JUEZ JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA- ATLANTICO**

E. S. D.

<b>ASUNTO:</b>	<b>OTORGAMIENTO DE PODER</b>
<b>PROCESO:</b>	<b>DECLARATIVO EXISTENCIA DE OBLIGACIONES</b>
<b>DEMANDANTE:</b>	<b>CLÍNICA JALLER S.A.S.</b>
<b>DEMANDADO:</b>	<b>COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD Nit. No. 800249241-0</b>
<b>RADICADO:</b>	<b>08001315301320210021100</b>

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 5to del Decreto 806 de 2020, por medio del buzón institucional de **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, nos permitimos remitir poder especial conferido a la doctora **SANDRA MARCELA VEGA ARANGO**, para el ejercicio de las labores encomendadas dentro de la actuación de la referencia.

## DERECHO DE PETICIÓN – SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA SOAT

Notificaciones cooperativa multiactiva <Notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com>

Vie 11/03/2022 2:38 PM

Para: correspondencia1@adres.gov.co <correspondencia1@adres.gov.co>; correspondencia2@adres.gov.co <correspondencia2@adres.gov.co>

 2 archivos adjuntos (577 KB)

CertificadoElectronico (1).pdf; PETICION AGOTAMIENTO DE SOAT CONSORCIO SAYP.pdf;

Cartagena de Indias, D. T. H. y C. 16 De Febrero de Dos Mil Veintidós

Señores CONSORCIO SAYP E. S. D.

REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN – SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA SOAT

MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cartagena, en mi condición de Representante Legal suplente de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, identificada con Nit 800.249.241-0, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal anexo, teniendo en cuenta que la CLÍNICA JALLER S.A.S. identificada con NIT. 802.016.761-6 certifica el consumo de SOAT de los pacientes que a continuación se especifican con el nombre, número de identificación, fecha de accidente de tránsito, así:

## DERECHO DE PETICIÓN – SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA SOAT

Notificaciones cooperativa multiactiva <Notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com>

Vie 11/03/2022 12:39 PM

Para: EUCLIDES CAMARGO GARZÓN <juridico@segurosdelestado.com>

Cartagena de Indias, D. T. H. y C. 16 De Febrero de Dos Mil Veintidós

Señores

SEGUROS DEL ESTADO E. S. D.

REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN – SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA SOAT

MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cartagena, en mi condición de Representante Legal suplente de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD, identificada con Nit 800.249.241-0, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal anexo, teniendo en cuenta que la CLÍNICA JALLER S.A.S. identificada con NIT. 802.016.761-6 certifica el consumo de SOAT de los pacientes que a continuación se especifican con el nombre, número de identificación, fecha de accidente de tránsito, así:



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO DE 2007 4747

( 7 DIC 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

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y por los artículos 154 literales a) y b), 178 y 179 de la Ley 100 de 1993, 5 y 6 del Decreto – Ley 1295 de 1994, 7 del Decreto - Ley 1281 de 2002, y los artículos 13 literal d) y 44 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:

#### Capítulo I Objeto y definiciones básicas

**Artículo 1. Objeto.** El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

**Artículo 2. Campo de aplicación.** El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

**Artículo 3. Definiciones.** Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

- a. **Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.
- b. **Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Continuación de Decreto "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"

- c. Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- d. Modelo de atención.** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
- e. Referencia y contrarreferencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
- La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.
- La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- f. Acuerdo de voluntades:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

**Artículo 4. Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud.**

Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

- a. Pago por capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- b. Pago por evento:** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- c. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:** Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos,

Continuación de Decreto "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"

prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

## Capítulo II

### Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

**Artículo 5. Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.** Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

**a. Por parte de los prestadores de servicios de salud:**

1. Habilitación de los servicios por prestar.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**b. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:**

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
3. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
5. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

**Parágrafo 1.** En el diseño y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

**Parágrafo 2.** Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo

Continuación de Decreto "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"

cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

**Parágrafo 3.** De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

**Artículo 6. Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.** Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

**Parágrafo 1.** Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

MM

Continuación de Decreto "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"

**Parágrafo 2.** Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

**Parágrafo 3.** La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

**Artículo 7. Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación.** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.
4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.
5. Metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.
6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

**Parágrafo 1.** Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

**Parágrafo 2.** Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

**Artículo 8. Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por**

Continuación de Decreto "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"

**diagnóstico.** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.
2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto.

**Artículo 9. Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud.** Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

### Capítulo III Proceso de atención

**Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage".** El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

**Artículo 11. Verificación de derechos de los usuarios.** La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento. En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

W

Continuación de Decreto "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"

**Parágrafo 1.** El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

**Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias.** Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

**Artículo 14. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

**Parágrafo 1.** Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de Decreto "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"

**Parágrafo 2.** Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestadora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

**Artículo 15. Solicitud de servicios electivos.** Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 16. Respuesta de autorización de servicios electivos.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

**Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia.** El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

**Parágrafo.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros

Continuación de Decreto "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"

reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

**Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres.** Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE.

#### Capítulo IV Disposiciones generales

**Artículo 19. Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.** Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud. Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

**Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.** El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.

**Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios.** Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.** El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 23. Trámite de glosas.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular

Continuación de Decreto "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"

nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

**Artículo 24. Reconocimiento de intereses.** En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

**Artículo 25. Registro conjunto de trazabilidad de la factura.** Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

**Artículo 26. Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras.** La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

**Artículo 27. Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud.** Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

WA

Continuación de Decreto "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"

**Capítulo V**  
**Período de transición**

**Artículo 28. Período de transición.** Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el Ministerio de la Protección Social en desarrollo del presente decreto, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten

**Parágrafo.** Los acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago de los servicios de salud y prestadores de servicios de salud que se encuentren en curso a la fecha en que entre a regir el presente decreto, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación. En caso de que los acuerdos de voluntades sean prorrogados, las prórrogas deberán ajustarse a lo aquí dispuesto.

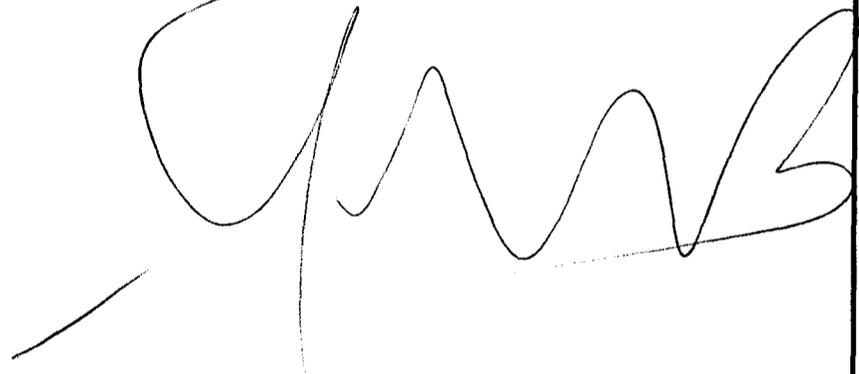
**Artículo 29. Vigilancia y control.** La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en el presente decreto y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

**Artículo 30. Vigencia y derogatorias.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación 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.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,**

Dado en Bogotá, D.C., a los.

**7 DIC 2007**



  
**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministro de la Protección Social

W

## CERTIFICA QUE:

El Señor(a) **JOSE RAMON TORRES MALDONADO** identificado con Cedula de Ciudadanía **85.081.532** es paciente de nuestra institución como resultado de un accidente de tránsito, con agotamiento de SOAT y se facturaron los gastos así:

**SEGUROS DEL ESTADO**

**\$ 18.384.800**

Por lo tanto, se refleja que ha agotado el cupo de los 800 SMLDV correspondiente a **SEGUROS DEL ESTADO**

**SE SOLICITA AUTORIZACION DE SERVICIO PARA CONTINUAR ATENCION POR COOSALUD**

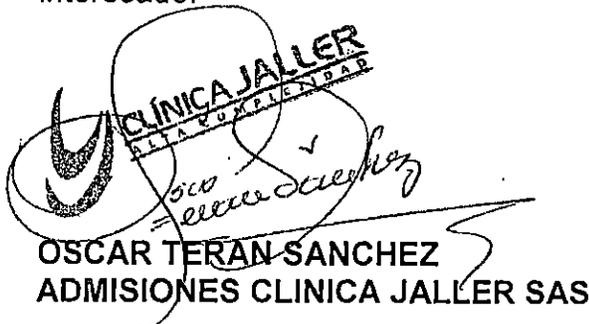
Observación: **LOS VALORES QUE EXCEDEN EL TOPE DE LA POLIZA SOAT SE FACTURARAN A COOSALUD**

**NO SE EMITIRA FACTURA A LA ASEGURADORA Y A LA EPS, HASTA QUE EL PACIENTE TENGA ALTA MEDICA**

La anterior información está sujeta a las correspondientes auditorías de las empresas responsables de las cuentas.

El cual supero el tope del SOAT el día 08 de Octubre de 2016.

Se expide la presente a los 08 días del mes de Octubre de 2016, a solicitud del interesado.



**CLINICA JALLER**  
ALTA COMPLEJIDAD

**OSCAR TERAN SANCHEZ**  
**ADMISIONES CLINICA JALLER SAS**



**Project: HERACLES**

Informe Ejecutivo

Privado y Confidencial – Marzo 2022



## INFORME PRELIMINAR PROJECT HERACLES (CLÍNICA JALLER)

A fin de ejercer el derecho a la defensa y al debido proceso, respecto de la demanda declarativa de existencia de obligaciones, con número de radicado No. 2022-0021, interpuesta por la IPS CLÍNICA JALLER S.A.S identificada con NIT 802.016.761-6 con domicilio principal en Barranquilla, en la que se solicita el reconocimiento de las obligaciones dinerarias que se encuentran causadas por la prestación de los servicios médicos hospitalarios a pacientes víctimas de accidentes de tránsito amparadas con pólizas SOAT afiliados a la Cooperativa de Desarrollo Integral COOSALUD. Según lo preceptuado en el Decreto Ley 663 de 1993, Decreto 056 de 2015, Ley 1438 de 2011, las atenciones de los servicios médico-quirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, una vez sobrepasen la cobertura del seguro, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo o del régimen subsidiado, dependiendo el caso.

Por motivos de competencia territorial la corporación que tuvo conocimiento es el JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO de la ciudad de Barranquilla, en el cual se interpuso la demanda el día 31 de enero de 2022, por la cuantía de DOSCIENTOS UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS (\$201.646.161,00). El día 09 de febrero de 2022 se emite por parte del despacho auto admisorio de la demanda en la que se corre traslado por el término de veinte (20) días hábiles, conforme lo reglado en el artículo 369 del Código General del Proceso. Por tal razón, el equipo SAG procedió a realizar el análisis de las facturas y los soportes de los servicios prestados a cada paciente que soporta dichos servicios, con la finalidad de lograr identificar posibles circunstancias anómalas o irregulares que puedan ser tomadas en consideración por la Cooperativa para su defensa.

## RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROCESO DE ANÁLISIS

### 1. MATERIALES E INSUMOS QUIRÚRGICOS

Durante el proceso de validación, relacionado con el uso de materiales quirúrgicos requeridos durante los procedimientos realizados a los pacientes, se evidenció fueron adquiridos a la empresa DESMYD S.A, cuyo representante legal es el señor Alfonso José Jaller Caballero, quien a su vez figura como gerente de la Clínica Jaller, donde se observaron unas posibles inconsistencias como se puede evidenciar a continuación:

Imagen 1: Factura de materiales e insumos quirúrgicos con irregularidades en la resolución de facturación

 <b>DESMYD S.A.</b> ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA NEUROCIROGIA - CIRUGÍA MAXILOFACIAL		<b>RES. DIAN N° 20000170045</b> <b>FECHA: 2014/07/14</b> <b>AUTORIZACION: 3001 - 6000</b>	<b>FACTURA DE VENTA</b> <b>N 5370</b>	
Fecha: DIA 31 MES 3 AÑO 2017		SEÑOR (ES): CLINICA JALLER		
DIRECCION: CALLE 61 N° 50 - 124		TELEFONO: 3687676	NIT: 802016761-6	
FECHA DE VENCIMIENTO 30 DIAS		PEDIDO No.		REMISION No.
<b>DESCRIPCION</b>		<b>CANT.</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
PLACA LSFP LOCKED SHAFT DISTAL FEMUR PLATE TITANIO 4.5 MM DE 11 ORIFICIOS		1	\$ 6,550,708	\$ 6,550,708
TORNILLOS BLOQUEADOS MOON 4.5 MM		10	\$ 981,312	\$ 9,813,120
INJERTO OSEO LIOFILIZADO MEZCLADO CON CONDUCTOR OSEO 10 CC		6	\$ 8,857,485	\$ 53,144,910
MAXIPIN CON TROCAR PUNTA BROCA		4	\$ 981,312	\$ 3,925,248
TORNILLO DE COMPRESION INTERFRAGMENTARIA STARDRIVE		1	\$ 981,312	\$ 981,312

Fuente: Factura N° 127576 (Pág. 83)



De acuerdo con la imagen 1, se identificó que la fecha de emisión de la factura No.5370 emitida por la empresa administradora de los materiales e insumos, es decir el 31 de marzo de 2017, es anterior a la fecha de aprobación de la resolución de facturación indicada en la misma factura de venta, ya que claramente se ve que es del 14 de Julio de 2014. Lo anterior podría indicar una posible adulteración de las facturas o el incumplimiento del requisito de contar con el consecutivo de numeración autorizado por la DIAN, en la Resolución N° 0019 de 2016 (*modificado por el N° 000055 de 14 de julio de 2016*), en el artículo N° 3 donde se determina “*la autorización de numeración de facturación tendrá una vigencia máxima de dos (2) años a partir de la generación del formato oficial en donde conste la leyenda de “autorizado”*”.

Adicionalmente, se realizó la trazabilidad de los valores encontrados en cada una de los títulos valores objeto de estudio, donde se observó en dos (2) de estos, un posible aumento en el valor de los materiales ofertados en un lapso no mayor a cuatro (4) meses, donde si bien se presenta en dos años diferentes, el incrementó llego a ser más del 39%, situación que genera incertidumbre frente a si se estaría frente a un cobro injustificado, como se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla 1: Trazabilidad precios de venta emitidos en materiales quirúrgicos en dos años

MATERIAL O INSUMO QUIRURGICO	FACTURA	FECHA	VALOR	FACTURA	FECHA	VALOR	DIFERENCIA	PORCENTAJE DE DIFERENCIA
TORNILLO QUICK TAP AUTOPERFORANTE EN TITANIA DE 1.5 * 4MM	121122	10/10/2016	\$ 672.000	125798	15/02/2017	\$ 748.041	\$ 76.041	10,17%
BURR HOLE COVER PLATE * 4 HOLE C/P	121122	10/10/2016	\$ 4.800.000	125798	15/02/2017	\$ 6.090.000	\$ 1.290.000	21,18%
INJERTO DURAL BIOMEC	121122	10/10/2016	\$ 7.200.000	125798	15/02/2017	\$ 8.560.000	\$ 1.360.000	15,89%
CUCHILLA MIDAREX	121122	10/10/2016	\$ 6.050.000	125798	15/02/2017	\$ 6.352.500	\$ 302.500	4,76%
SELLANTE DE FIBRINA 4 ML TISSELL	121122	10/10/2016	\$ 4.800.000	125798	15/02/2017	\$ 7.980.000	\$ 3.180.000	39,85%

Fuente: Elaborado por SAG, en base a la información

## 2. FACTURA 121122

José Ramon Torres Maldonado, identificado con cédula de ciudadanía No. 85.081.532 ingresa a las instalaciones de la IPS el día 04 de octubre de 2016, al presentar politraumatismo en accidente de tránsito, al realizar la verificación de los documentos que soportan la prestación del servicio, se observó un posible cobro duplicado de procedimientos quirúrgicos, como se detalla a continuación:

Imagen 2: Posible cobro duplicado por procedimientos quirúrgicos

		Subtotal Cirugia	542,500
S1106	1106 Craneotomía para ruptura de senos de duramadre	2.00 542,500.00	1,085,000.00
	CIRUJANO	39012	292,200
	ANESTESIA	39112	170,600
	AYUDANTIA	39125	79,700
	DERECHOS DE SALA	39216	0
	MATERIAL DE SUTURA		0
	CIRUJANO	39012	292,200
	ANESTESIA	39112	170,600
	AYUDANTIA	39125	79,700
	DERECHOS DE SALA	39216	0
	MATERIAL DE SUTURA		0

Fuente: Factura SOAT 120577 (Pág. 3)

En la imagen No.2 se observa que se incluye el cobro de dos procedimientos con el código S1106 denominado “Craneotomía para ruptura....” Por \$542.500 cada uno.



Imagen 3: Autorización de procedimientos quirúrgicos a realizar al paciente

Manejo integral según guía de: NEUROCIRUGIA

Código CUPS	Cantidad	Descripción
IS12103	3	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO
I20201	1	20201 SQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION (1)
I13110	1	13110 DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROT
I12402	1	12402 RENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR* POR CRANEOTOMIA
I12101	1	12101 CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL
I767203	1	767203 REDUCCION ABIERTA FRACTURA MALAR* CON REDUCCION PISO DE OR
I35401	1	35401 PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL
I21104	1	21104 ORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO* CON PLASTIA A
I20500	1	20500 INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA O MALLA CRANEAL (METALICA* AC

Justificación clínica: ESTANCIA DEL 08-10-2016 AL 10-10-2016 EN UCI

Fuente: Historia Clínica José Ramon Torres "anexo N° 3" (Pág. 26)

En la imagen No.3 se muestra la respectiva autorización de servicios, donde se incluyen los procedimientos a realizar al paciente.

Imagen 4: Procedimientos quirúrgicos realizados al paciente

Quirúrgicos: POP INMEDIATO DE ESQUIRLECTOMIA CRANEAL  
 CRANEOTOMIA + DRENAJE DE HEMATOMA EPIDURAL  
 RECONSTRUCCION DE ORBITA DERECHA  
 DRENAJE DE HEMOSENOS FRONTAL  
 CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL  
 RECONSTRUCCION DE ORBITA DERECHA  
 CORRECCION DE FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO  
 CORRECCION DE RUPTURA DE SENO LONGITUDINAL SUPERIOR  
 CRANEOPLASTIA CON ACRILICO + MICROPLACAS DE TITANIO Y TORNILLOS DE TITANIO

Fuente: Historia Clínica José Ramon Torres (Pág. 93)

En la imagen 4 se presentan los procedimientos realmente aplicados, donde en el detalle de facturación se evidencia la intervención quirúrgica denominada "Craneotomía Para Ruptura De Senos De Duramadre", pero no se encuentra el soporte de la realización de los dos procedimientos.

### 3. FACTURA 127576 – SOAT 127210

Paciente lesionado en accidente de tránsito, quien ingresa con cuadro clínico de trauma en muslo, rodilla y pierna izquierda, asociado a limitación funcional, motivo por el cual, se realizó la respectiva trazabilidad de la documentación que soporta las atenciones realizadas al paciente, donde se evidenció una posible inconsistencia en cuanto al cobro, de una ayuda diagnóstica denominada "Reconstrucción tridimensional", como se evidencia a continuación:

Imagen 5: Posible cobro injustificado del instrumento de toma de imágenes diagnósticas portátiles

S21716	Extremidades y articulaciones	1.00	351,100.00	351,100.00
S21722	Reconstrucción tridimensional* agregar al costo del examen:	1.00	597,300.00	597,300.00

Fuente: Factura SOAT (127210) (Pág. 4 PDF)



Imagen 6: Informe de radiología

<b>NOMBRE:</b> NUVIA RODRIGUEZ DIAZ	<b>SEXO:</b> F
<b>FECHA:</b> 25/03/2017	<b>N°</b> 35517
<b>EDAD:</b> 61 años	

**TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RODILLA IZQUIERDA SIN CONTRASTE 3D**

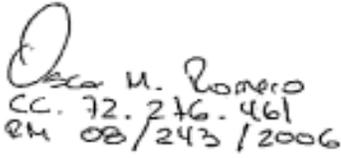
**Estudio realizado con Tomógrafo Computado modelo BRIVO CT385**

Mediante cortes axiales secuenciales simples, utilizando ventana para estructuras óseas y reconstrucciones tridimensionales se exploró la rodilla izquierda, con los siguientes hallazgos:

Se observa fractura desplazada del tercio distal del fémur con contacto a carilla articular.  
Engrosamiento de las partes blandas.  
Disminución de los valores de atenuación del sistema óseo dado a signos de osteopenia.  
Nivel grasa / líquido / líquido (Lipoheamartrosis).  
La rótula muestra dimensión, forma y posición normal.  
La epífisis proximal del peroné es normal

**CONCLUSIÓN:** COMENTARIO ANTERIOR.

Atentamente,

  
CC. 72.276.461  
RM 02/243/2006

OSCAR M. ROMERO  
Medico Radiólogo

Fuente: Soportes Historia Clínica (Pág. 86 PDF)

El día 25 de marzo de 2017, se ordena la toma de un “TAC de rodilla izquierda + 3D”, sin embargo, al observar el informe de radiología, se puede evidenciar la toma del TAC, pero en el título de indica que se realizar el contraste 3D, lo cual hace que se requiera a auditoría médica de la Cooperativa para que solicite las imágenes y verifique si realmente se aplicó la reconstrucción tridimensional.

# sag

ASSESSMENT & CONSULTING

Cartagena de Indias, D. T. H. y C. 16 De Febrero de Dos Mil Veintidós

Señores

**CONSORCIO SAYP**

E.

S.

D.

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN – SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA SOAT**

**MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO** mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cartagena, en mi condición de Representante Legal suplente de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, identificada con Nit 800.249.241-0, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal anexo, teniendo en cuenta que la **CLÍNICA JALLER S.A.S.** identificada con NIT. 802.016.761-6 certifica el consumo de SOAT de los pacientes que a continuación se especifican con el nombre, número de identificación, fecha de accidente de tránsito, así:

NOMBRE	ID	FECHA DEL ACCIDENTE	VALOR
JUAN CARLOS CALLE HERNANDEZ	19597782	11/02/2017	\$ 19.672.453
ELDER BORIS BERMUDEZ LOZANO	72231104	2/03/2017	\$ 19.672.453
NUVIA ELENA RODRIGUEZ DIAZ	26911758	25/03/2017	\$ 19.672.453

Mediante el presente escrito y en ejercicio en ejercicio del derecho Constitucional y fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, la Ley 1755 de 2015 por medio de la cual se sustituye un Título II Ley 1437 de 2011, modificado temporalmente por el artículo 5 del Decreto 491 del 28 de marzo del 2020, me dirijo a ustedes a efectos de solicitar lo siguiente:

### PETICIONES

1. Copia del certificado de agotamiento de cobertura de SOAT con el valor final reconocido a la CLINICA JALLER, con ocasión de las atenciones brindadas a los usuarios relacionados.
2. Copia de la negativa de reconocimiento de pago de seguro SOAT.
3. Se certifique el valor agotado por cobros de atenciones de cualquier prestador para la atención de los pacientes anteriormente identificados según las fechas de vigencia de la póliza teniendo como referencia la fecha de la atención, donde se establezca claramente el monto facturado por el prestador, el valor glosado y el valor finalmente pagado o si hay valores aun por conciliar.



4. Asimismo, según el tope certificado indicar que reclamaciones se efectuaron por esos pacientes y porque valor, además indicar del valor agotado o del total reclamado cuanto se agotó por la CLINICA JALLER S.A.S.

### OBJETO DE LA PETICIÓN

El objeto de la presente petición es una vez recibido los certificados de agotamiento de cobertura, determinar la responsabilidad de pago de atenciones posterior al agotamiento de la misma por parte de la EPS.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Conforme a los parámetros señalados en la **CARTA POLÍTICA ARTÍCULO 23**, se dispone que:

*“... Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales. “..*

2. **Conforme a la Ley 1755 de 2015 por la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición, se tiene lo siguiente:**

*“Artículo 13. Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma. Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos. El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores con relación a las entidades dedicadas a su protección o formación. Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones: 1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.*

*2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción. Parágrafo. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto. Artículo 32. Derecho de petición ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales. Toda persona podrá ejercer el derecho de petición para garantizar sus derechos fundamentales ante organizaciones privadas con o sin personería*



jurídica, tales como sociedades, corporaciones, fundaciones, asociaciones, organizaciones religiosas, cooperativas, instituciones financieras o clubes. Las organizaciones privadas solo podrán invocar la reserva de la información solicitada en los casos expresamente establecidos en la Constitución Política y la ley. Las peticiones ante las empresas o personas que administran archivos y bases de datos de carácter financiero, crediticio, comercial, de servicios y las provenientes de terceros países se registrarán por lo dispuesto en la Ley Estatutaria del Hábeas Data. PARÁGRAFO 1o. Este derecho también podrá ejercerse ante personas naturales cuando frente a ellas el solicitante se encuentre en situaciones de indefensión, subordinación o la persona natural se encuentre ejerciendo una función o posición dominante frente al peticionario. PARÁGRAFO 2o. Los personeros municipales y distritales y la Defensoría del Pueblo prestarán asistencia eficaz e inmediata a toda persona que la solicite, para garantizarle el ejercicio del derecho constitucional de petición que hubiere ejercido o desee ejercer ante organizaciones o instituciones privadas. PARÁGRAFO 3o. Ninguna entidad privada podrá negarse a la recepción y radicación de solicitudes y peticiones respetuosas, so pena de incurrir en sanciones y/o multas por parte de las autoridades competentes. Artículo 33. Derecho de petición de los usuarios ante instituciones privadas. Sin perjuicio de lo dispuesto en leyes especiales, a las Cajas de Compensación Familiar, a las Instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, a las entidades que conforman el sistema financiero y bursátil y a aquellas empresas que prestan servicios públicos y servicios públicos domiciliarios, que se rijan por el derecho privado, se les aplicarán en sus relaciones con los usuarios, en lo pertinente, las disposiciones sobre derecho de petición previstas en los dos capítulos anteriores.

## ANEXOS

Para los efectos correspondientes, nos permitimos remitir los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y Representación Legal de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD.

## NOTIFICACIÓN

Recibimos notificaciones en el correo electrónico:  
[notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com) y [lcalvano@coosalud.com](mailto:lcalvano@coosalud.com)

Sin otro en particular, agradezco la mayor brevedad posible para contestar esta petición. Cordialmente,



**MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO**

Representante Legal suplente

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

Cartagena de Indias, D. T. H. y C. 16 De Febrero de Dos Mil Veintidós

Señores

**SEGUROS DEL ESTADO**

E.

S.

D.

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN – SOLICITUD DE CERTIFICACION DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA SOAT**

**MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO** mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cartagena, en mi condición de Representante Legal suplente de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, identificada con Nit 800.249.241-0, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal anexo, teniendo en cuenta que la **CLÍNICA JALLER S.A.S.** identificada con NIT. 802.016.761-6 certifica el consumo de SOAT de los pacientes que a continuación se especifican con el nombre, número de identificación, fecha de accidente de tránsito, así:

NOMBRE	ID	FECHA DEL ACCIDENTE	VALOR
JOSE RAMON TORRES MALDONADO	85081532	4/10/2016	\$ 18.834.800

Mediante el presente escrito y en ejercicio en ejercicio del derecho Constitucional y fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, la Ley 1755 de 2015 por medio de la cual se sustituye un Título II Ley 1437 de 2011, modificado temporalmente por el artículo 5 del Decreto 491 del 28 de marzo del 2020, me dirijo a ustedes a efectos de solicitar lo siguiente:

### PETICIONES

1. Copia del certificado de agotamiento de cobertura de SOAT con el valor final reconocido a la CLINICA JALLER, con ocasión de las atenciones brindadas a los usuarios relacionados.
2. Copia de la negativa de reconocimiento de pago de seguro SOAT.
3. Se certifique el valor agotado por cobros de atenciones de cualquier prestador para la atención de los pacientes anteriormente identificados según las fechas de vigencia de la póliza teniendo como referencia la fecha de la atención, donde se establezca claramente el monto facturado por el prestador, el valor glosado y el valor finalmente pagado o si hay valores aun por conciliar.
4. Asimismo, según el tope certificado indicar que reclamaciones se efectuaron por esos pacientes y porque valor, además indicar del valor agotado o del total reclamado cuanto se agotó por la CLINICA JALLER S.A.S.



## OBJETO DE LA PETICIÓN

El objeto de la presente petición es una vez recibido los certificados de agotamiento de cobertura, determinar la responsabilidad de pago de atenciones posterior al agotamiento de la misma por parte de la EPS.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Conforme a los parámetros señalados en la **CARTA POLÍTICA ARTÍCULO 23**, se dispone que:

*“... Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.”..*

2. **Conforme a la Ley 1755 de 2015 por la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición, se tiene lo siguiente:**

*“Artículo 13. Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma. Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos. El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores con relación a las entidades dedicadas a su protección o formación. Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones: 1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.*

*2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción. Parágrafo. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto. Artículo 32. Derecho de petición ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales. Toda persona podrá ejercer el derecho de petición para garantizar sus derechos fundamentales ante organizaciones privadas con o sin personería jurídica, tales como sociedades, corporaciones, fundaciones, asociaciones, organizaciones religiosas, cooperativas, instituciones financieras o clubes. Las organizaciones privadas solo podrán invocar la reserva de la información solicitada en los casos expresamente establecidos en la Constitución Política y la ley. Las peticiones ante las empresas o personas que administran archivos y bases de datos de carácter financiero, crediticio, comercial, de servicios y las*



provenientes de terceros países se registrarán por lo dispuesto en la Ley Estatutaria del Hábeas Data. PARÁGRAFO 1o. Este derecho también podrá ejercerse ante personas naturales cuando frente a ellas el solicitante se encuentre en situaciones de indefensión, subordinación o la persona natural se encuentre ejerciendo una función o posición dominante frente al peticionario. PARÁGRAFO 2o. Los personeros municipales y distritales y la Defensoría del Pueblo prestarán asistencia eficaz e inmediata a toda persona que la solicite, para garantizarle el ejercicio del derecho constitucional de petición que hubiere ejercido o desee ejercer ante organizaciones o instituciones privadas. PARÁGRAFO 3o. Ninguna entidad privada podrá negarse a la recepción y radicación de solicitudes y peticiones respetuosas, so pena de incurrir en sanciones y/o multas por parte de las autoridades competentes. Artículo 33. Derecho de petición de los usuarios ante instituciones privadas. Sin perjuicio de lo dispuesto en leyes especiales, a las Cajas de Compensación Familiar, a las Instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, a las entidades que conforman el sistema financiero y bursátil y a aquellas empresas que prestan servicios públicos y servicios públicos domiciliarios, que se rijan por el derecho privado, se les aplicarán en sus relaciones con los usuarios, en lo pertinente, las disposiciones sobre derecho de petición previstas en los dos capítulos anteriores.

## ANEXOS

Para los efectos correspondientes, nos permitimos remitir los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y Representación Legal de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD.

## NOTIFICACIÓN

Recibimos notificaciones en el correo electrónico:  
[notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com) y [lcalvano@coosalud.com](mailto:lcalvano@coosalud.com)

Sin otro en particular, agradezco la mayor brevedad posible para contestar esta petición. Cordialmente,



**MARIA ALEJANDRA ESMERAL ROMERO**

Representante Legal suplente

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD



Doctora:

**MARTHA PATRICIA CASTAÑEDA BORJA**

**JUEZ JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA- ATLANTICO**

E.

S.

D.

<b>ASUNTO:</b>	<b>OTORGAMIENTO DE PODER</b>
<b>PROCESO:</b>	<b>DECLARATIVO EXISTENCIA DE OBLIGACIONES</b>
<b>DEMANDANTE:</b>	<b>CLÍNICA JALLER S.A.S.</b>
<b>DEMANDADO:</b>	<b>COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD Nit. No. 800249241-0</b>
<b>RADICADO:</b>	<b>08001315301320210021100</b>

**JAIME MIGUEL GONZALEZ MONTAÑO**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cartagena, en mi condición de Representante Legal de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD**, identificada con NIT. No. **800249241-0**, con domicilio Principal en la ciudad de Cartagena, Calle 31 D 52 136 Sector Once de Noviembre Br. Olaya Herrera, correo electrónico: [notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com](mailto:notificacionescoopmultiactiva@coosalud.com), comedidamente manifiesto a Usted por medio del presente escrito me permito otorgar poder especial amplio y suficiente a la Doctora **SANDRA MARCELA VEGA ARANGO**, Abogada titulada y en ejercicio, identificada con C.C. 1.047.446.328 de Cartagena, portadora de la T.P. No. 257.221 del C.S de la J. quien para efecto de notificaciones, las recibe en el correo electrónico: [smvega@coosalud.com](mailto:smvega@coosalud.com), para que actúe asumiendo la defensa y representación de los intereses de esta entidad como apoderada judicial dentro del proceso que nos ocupa.

La apoderada queda facultada para presentar la acción, solicitar pruebas, interponer recursos, desistir, sustituir, reasumir, y demás actuaciones que se deriven del mandato judicial, en términos del artículo 77 Código General del Proceso. Y, en fin, adelantar todas las gestiones pertinentes en defensa de la entidad.

Sírvase por lo tanto señor Juez, concederle personería jurídica a mi representada en los términos del mandato conferido.

Respetuosamente,

**JAIME MIGUEL GONZALEZ MONTAÑO**

CC No. 73.102.112 de Cartagena

Representante Legal

**COOPERATIVA COOSALUD**

Acepto,

**SANDRA MARCELA VEGA ARANGO**

CC No. 1.047.446.328 de Cartagena

T.P No. 257.221 del C.S de la J



## MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008**

(14 de agosto)

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

**EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por los artículos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25 y 28 del Decreto 4747 de 2007,

**RESUELVE:**

**Artículo 1. Objeto.** El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

**Artículo 2. Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago.** Para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago de que trata el parágrafo 2 del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago.

**Parágrafo 1.** Las bases de datos de que trata el artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 tendrán la estructura establecida en la Resolución 812 de 2007 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de la Protección Social publicará en su página Web el listado de códigos, direcciones y teléfonos de las entidades responsables del pago. Las direcciones territoriales de salud publicarán este mismo listado en su página Web.

**Artículo 3. Formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias.** El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.

Continuación de Resolución "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"

El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 8 del Decreto 3990 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

En caso de no lograrse comunicación con las direcciones municipales o distritales, se deberá enviar el informe de atención inicial de urgencias a la dirección departamental de salud.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable del pago devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para informar la atención inicial de urgencias. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las direcciones territoriales de salud deberán poner a disposición en su página web de un espacio para que las instituciones prestadoras de servicios de salud registren la información de los pacientes de quienes no fue posible enviar el informe de atención inicial de urgencias en los términos aquí establecidos, para que pueda ser consultada exclusivamente por las entidades responsables del pago. La información a ser registrada será nombre del paciente, identificación, fecha de ingreso, nombre y código del prestador y nombre y código de la entidad responsable del pago. Las direcciones territoriales de salud implementarán los mecanismos de acceso a la anterior información y serán las responsables del mantenimiento, actualización, reserva y seguridad de la misma.

**Parágrafo 1.** En caso de que no haya sido posible establecer la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud deberá reportar el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Continuación de Resolución "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"

**Parágrafo 2.** Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud..

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente.

El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

**Parágrafo 1.** La responsabilidad de los datos registrados en la solicitud de autorización de servicios es del prestador de servicios de salud solicitante, los

Continuación de Resolución "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"

cuales serán tomados de la historia clínica que haya sido diligenciada por el médico tratante.

**Parágrafo 2.** En caso de que no haya sido posible definir la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud, deberá reportar el requerimiento de servicios a la dirección territorial así: a la dirección municipal en el caso de los municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, a la dirección distrital en el caso de los distritos y a la dirección departamental en los demás casos, utilizando el formato y los medios de envío definidos en el presente artículo.

**Parágrafo 3.** En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud deberá emplear el formato y seguir el procedimiento establecido en este artículo. Una vez definido el prestador receptor, el prestador remitente deberá diligenciar y enviar al prestador receptor la nota de remisión con la información clínica del paciente.

**Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:
  - a. Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de los dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
  - b. Para la atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.
2. En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador, la entidad responsable del pago deberá dar la autorización de servicios en el formato y con el procedimiento establecido en este artículo, al receptor del paciente con copia al prestador solicitante. Lo anterior, sin perjuicio de que el prestador solicitante garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado. La entidad responsable del pago deberá cancelar los servicios prestados mientras se asume el manejo por el prestador receptor.
3. Si transcurridos los términos establecidos en el numeral 1 del presente artículo, el prestador de servicios no ha recibido respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador continuará brindando la atención en los términos de la solicitud y facturará anexando como soporte la solicitud de autorización remitida a la entidad responsable del pago o a la dirección departamental, distrital o municipal de salud. La entidad responsable del pago no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.

Continuación de Resolución "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"

4. Si luego de tres intentos de envío debidamente soportados, por la entidad responsable del pago a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un periodo no menor de dos (2) horas en el caso de atención posterior a la atención inicial de urgencias y de seis (6) horas en el caso de servicios adicionales a la primera autorización, la entidad responsable del pago no logra comunicación con el prestador de servicios de salud, deberá remitir el formato de respuesta debidamente diligenciado por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a los prestadores en los que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para enviar la autorización de servicios. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

5. En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente. La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir éste, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.
6. En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado en el prestador solicitante, la entidad responsable del pago adelantará los trámites necesarios para definir la atención de los servicios incluidos en el plan de beneficios a su cargo, en condiciones de calidad en otro prestador en un término no mayor a cuatro (4) horas.
7. No se podrán exigir soportes adicionales o dilatar mediante otros requerimientos la decisión sobre la autorización de servicios solicitada, lo anterior, sin perjuicio de que las entidades responsables del pago de los servicios de salud, puedan en casos complejos a criterio del auditor médico, solicitar datos clínicos adicionales a los consignados en el Anexo Técnico No. 3, para analizar la solicitud formulada. La solicitud de información adicional por parte de la entidad responsable del pago, deberá realizarse dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud del prestador y el prestador de servicios de salud deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de información adicional. Una vez recibida la información adicional la entidad responsable del pago deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.

Continuación de Resolución "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"

8. Si en el acuerdo de voluntades se pactó la autorización de servicios, para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, la autorización será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo
9. Si en el acuerdo de voluntades se pactó la autorización de servicios, para atención por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la autorización cubrirá todos los servicios contenidos en el caso, conjunto, paquete o grupo relacionado por diagnóstico de acuerdo con lo definido en el acuerdo de voluntades. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.
10. Para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, la autorización, si ésta se pactó en el acuerdo de voluntades, será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. En el caso de acuerdos de voluntades para atención por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la autorización, si ésta se pactó, cubrirá todos los servicios contenidos en el caso, conjunto, paquete o grupo relacionado por diagnóstico de acuerdo con lo definido en el acuerdo de voluntades. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.

**Parágrafo 1.** Si dentro de la solicitud de servicios de que trata el presente artículo se están incluyendo medicamentos no incluidos en el POS, adicionalmente deberá adjuntarse la documentación definida el artículo 9 de la Resolución 2933 de 2006 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

**Parágrafo 2.** En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado, dentro del término establecido en el presente artículo, enviará al prestador el formato único de negación de servicios establecido por la Superintendencia Nacional de Salud. El prestador deberá entregar el formato de negación al paciente o acudiente para que éste pueda, si así lo considera, ejercer los derechos de contradicción ante la entidad responsable del pago o ante la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 6. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios electivos.** Si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para la realización de servicios de carácter electivo, sean éstos ambulatorios u hospitalarios, el prestador de servicios de salud deberá adoptar el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución, el cual podrá ser enviado por el usuario a la entidad responsable del pago por correo electrónico como imagen adjunta o fax, o presentarlo directamente en los puntos de atención de que disponga la entidad responsable del pago.

Continuación de Resolución "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"

En el caso de que a juicio del profesional tratante, el servicio requerido sea de carácter prioritario, la solicitud deberá ser remitida por la institución prestadora de servicios a la entidad responsable del pago.

En ningún caso, las entidades responsables del pago podrán exigir que el usuario o su acudiente se desplace físicamente hasta sus instalaciones para entregar la solicitud de autorización.

**Parágrafo.** Las entidades responsables del pago deberán disponer de mecanismos que garanticen la recepción de solicitudes de autorización de servicios electivos que se envíen a través de los medios de envío definidos en el artículo 10 de la presente resolución. Así mismo, deberán disponer de mecanismos que permitan la atención al público como mínimo todos los días hábiles por seis (6) horas diarias de horario de oficina diurno.

**Artículo 7. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos.** Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:

1. La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.
2. En caso de ser positiva la respuesta, la entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerte la fecha y hora, así mismo le informará el valor del pago compartido.
3. En caso de ser negativa la respuesta, la entidad responsable del pago deberá diligenciar el formato único de negación de servicios, definido por la Superintendencia Nacional de Salud y seguir el procedimiento por ella definido.

**Parágrafo.** Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de la autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante.

**Artículo 8. Cotizaciones.** En ningún caso se podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de cotizaciones o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de la entidad responsable del pago;

Continuación de Resolución "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"

la gestión de la misma, en caso de requerirse, será realizada directamente entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la presente resolución.

**Artículo 9. Procesos automatizados para la recepción o envío de los formatos:** Si los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios, cuentan con procesos automatizados para la generación, envío y recepción de la información de que trata la presente resolución, o con desarrollos tecnológicos adicionales como códigos de barras, o sistemas de comunicación telefónica, entre otros, los mismos podrán seguir siendo utilizados siempre y cuando incluyan todas las variables y estándares de datos establecidos en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4 y 7 de la presente resolución.

**Parágrafo.** El Ministerio de la Protección Social, con el fin de determinar el impacto de las medidas definidas mediante la presente resolución, definirá un conjunto de entidades responsables de pago e instituciones prestadoras de servicios de salud, que tengan automatizados los procesos, para que le remitan la información de los trámites definidos en la presente resolución.

**Artículo 10. Medios de envío y recepción de información:** La información contenida en los anexos 1, 2, 3 y 4 definidos en la presente resolución, enviada y recibida entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se considera mensaje de datos y se somete a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

El envío y recepción de la información contenida en dichos anexos, entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se podrá realizar a través de uno o más de los siguientes medios:

Medio	Características
Intercambio Electrónico de Datos (EDI)	Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud podrán desarrollar, disponer e implementar servicios de intercambio electrónico de datos. El Ministerio de la Protección Social en su página WEB dispondrá de los formatos .XML que deben ser utilizados para su desarrollo.
Correo electrónico	Se deben adjuntar al correo electrónico las imágenes en formato tipo .PDF, .TIF o .GIF Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de uno o varios buzones de correo electrónico con la capacidad suficiente veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana. Los nombres de los buzones deberán ser publicados y exclusivos para este tipo de información.
Telefax	Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de un telefax veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana para la recepción y envío de los formatos.

Para el envío de información a los usuarios, las entidades responsables del pago podrán utilizar medios como: envío a la dirección de correspondencia definida por el usuario por telefax o correo electrónico como imagen adjunta, si el usuario dispone de dichos medios.

Continuación de Resolución "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"

**Parágrafo.** El debido soporte de los intentos de envío de mensajes de datos de que trata la presente resolución se realizará con sujeción a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

**Artículo 11. Disposición de recurso humano y tecnológico.** Las entidades a quienes aplique el Decreto 4747 de 2007, deberán disponer del recurso humano y tecnológico necesario para cumplir los procesos y procedimientos establecidos en la presente resolución.

**Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios.** Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 13. Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas.** Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.

**Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.** La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 15. Registro conjunto de trazabilidad de la factura.** Para la implementación del Registro conjunto de trazabilidad de la factura de que trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007, se establece la estructura contenida en el Anexo Técnico No. 8, el cual forma parte integral de la presente resolución.

**Artículo 16. Vigilancia.** La vigilancia de las disposiciones contenidas en la presente resolución corresponde a las direcciones territoriales de salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias que la Constitución y la Ley hayan asignado a otras autoridades.

**Artículo 17. Sanciones.** La violación a las disposiciones establecidas en la presente resolución se sancionará por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente.

**Artículo 18. Período de transición.** Conforme a lo establecido en el artículo 28 del Decreto 4747 de 2007, se dispone de un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de la presente resolución para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago adopten los

Continuación de Resolución "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"

---

procedimientos aquí establecidos y ajusten sus formatos o sistemas de información.

**Artículo 19. Vigencia y derogatorias.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los 14 de agosto de 2008.

(Original firmado por)

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministro de la Protección Social



Continuación de Resolución "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"

informe el usuario, o cuando el usuario no aparece en la base de datos y presenta una documentación que lo acredita como afiliado.

Las posibles inconsistencias pueden ser: errores en la escritura de los nombres o apellidos, errores en el tipo y número del documento de identidad, errores en la fecha de nacimiento o inexistencia del usuario en la base de datos. Es importante aclarar que si las diferencias permiten considerar que se trata de dos personas distintas no opera este reporte.

La información general del prestador puede estar preimpresa en los formatos.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

### Diligenciamiento

Número informe	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

### Información del prestador

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
Tipo de inconsistencia	Marque con una "X" la opción pertinente.

### Datos del usuario (como aparecen en la base de datos)

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.

Continuación de Resolución "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"

Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud.	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios.

#### **Información de la posible inconsistencia**

Variable posiblemente incorrecta	Marque con una "X" la opción correspondiente al dato o datos que se considera(n) posiblemente incorrecto(s).
Datos según documento de identificación (físico)	SOLAMENTE en los casos en los que exista diferencia, registre la información, EXACTAMENTE como figura en el documento físico presentado por el usuario.
Observaciones	Registre la información adicional que considere puede ser importante para mejorar la calidad de las bases de datos en relación con la identificación del usuario.

#### **Información de la persona que reporta**

Persona que reporta	Registre el nombre completo y el cargo o actividad desempeñada por la persona que reporta la posible inconsistencia.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, registre en las casillas correspondientes.



Continuación de Resolución "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"

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución

### Diligenciamiento

Número atención	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

### Información del prestador

Nombre IPS	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le informa (pagador)	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

### Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente al tipo de cobertura en salud sobre la cual el paciente está solicitando servicios.

Continuación de Resolución "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"

### Información de la atención

Origen	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la consulta del paciente al servicio de urgencias. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Clasificación Triage	Seleccione la clasificación dada al paciente por la persona que realizó el Triage, según la clasificación única establecida por el Ministerio de la Protección Social.
Ingreso a Urgencias	Registre la fecha y hora en la cual ingresó el paciente al servicio de urgencias. Siga el formato año, mes, día y hora en formato de 24 horas.
Paciente viene remitido	Seleccione la opción pertinente. En caso afirmativo, registre el nombre del prestador remitente, así como el código de habilitación, el nombre del departamento y del municipio en el cual se encuentra ubicado dicho prestador con los códigos asignados en la codificación del DIVIPOLA.
Motivo de Consulta	Registre brevemente el motivo de consulta que originó la atención inicial de urgencias.
Impresión Diagnóstica	Registre el código y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el diagnóstico principal como para los diagnósticos relacionados que definió el médico luego de la atención inicial de urgencias.
Destino del paciente	Registre con una "X" la opción adecuada. La opción "Contrarremisión" debe ser marcada en el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el profesional defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente. Marque "otro" si el paciente es enviado a otra entidad no hospitalaria: ancianato, albergue, cárcel, entre otras.

### Información de la persona que informa

Persona que informa	Registre el nombre completo y el cargo o la actividad desempeñada por quien elabora el informe.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.



Continuación de Resolución "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"

### SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

#### Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben enviar los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago para solicitar autorización de servicios si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización. El formato se utilizará en los siguientes casos:

- Quando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, requiere la prestación de servicios adicionales.
- Para solicitar una autorización adicional cuando se requiera ampliar la autorización inicial, sea en urgencias o en hospitalización.
- Solicitud de servicios electivos.

El formato debe ser diligenciado por la persona que designe la IPS, pero en todo caso la información deberá ser tomada de la historia clínica. Debe ser enviado dentro de los términos definidos en los artículos 4° y 6° de la presente resolución. El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

#### Diligenciamiento

Número de solicitud	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.

#### Información del prestador (Solicitante)

Nombre del prestador de servicios de salud	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad a la que se le solicita autorización	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Continuación de Resolución "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"

### Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente. Este dato será especialmente útil en los casos de servicios electivos, pues a él le podrá informar la entidad responsable del pago, el nombre del prestador y la fecha en se le prestará el servicio.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente o acudiente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre "no tiene".
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario está solicitando servicios.

### Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la solicitud del servicio. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Tipo de servicios solicitados	Marque con una "X" la opción correspondiente, si el servicio requerido es posterior a la atención inicial de urgencias, o si se trata de un servicio electivo.
Prioridad de la autorización	De tratarse de un servicio electivo, indique si a juicio del profesional tratante, el servicio requerido es de carácter prioritario.
Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de encontrarse hospitalizado, indique el nombre del servicio y el número de la cama.
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios solicitados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio (s) solicitados (s). En los casos de servicios que requieran internación, la solicitud debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Justificación clínica	Describa brevemente la justificación del servicio solicitado. De ser pertinentes registre los resultados paraclínicos que justifican la solicitud.
Impresión	Registre el código CIE-10 y la descripción del diagnóstico tal como aparece

Continuación de Resolución "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"

Diagnóstica	en la CIE-10, tanto para el principal como para los diagnósticos relacionados que justifican los servicios solicitados.
-------------	---

**Información de la persona que solicita**

Persona que solicita	Registre el nombre y registro profesional del profesional que ordenó la práctica de los servicios solicitados en la historia clínica.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Continuación de Resolución "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"

**ANEXO TÉCNICO No. 4  
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO AUTORIZACION <input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO <input type="text"/>			CODIGO: <input type="text"/>
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre <input type="text"/>		CC <input type="text"/>	Número <input type="text"/>
Código <input type="text"/>		Dirección prestador: <input type="text"/>	
Teléfono: <input type="text"/>		Departamento: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido <input type="text"/>		2do Apellido <input type="text"/>	
1er Nombre <input type="text"/>		2do Nombre <input type="text"/>	
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		Fecha de Nacimiento <input type="text"/>	
Dirección de Residencia Habitual: <input type="text"/>			Teléfono: <input type="text"/>
Departamento: <input type="text"/>		Municipio: <input type="text"/>	
Teléfono celular <input type="text"/>		Correo electrónico <input type="text"/>	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:			
<input type="checkbox"/> Consulta Externa		<input type="checkbox"/> Hospitalización	
<input type="checkbox"/> Urgencias		Servicio <input type="text"/>	
		Cama <input type="text"/>	
Manejo integral según Guía de :			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: <input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago <input type="text"/>			
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización <input type="text"/>		Reclamo de tiquete, bono o vale de pago <input type="checkbox"/>	
Recaudado del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
<input type="checkbox"/> Cuota moderadora	<input type="checkbox"/> Copago	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cuota de recuperación	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor máximo (Tope) en pesos <input type="text"/>			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza <input type="text"/>		Teléfono <input type="text"/>	
		indicativo      número      extensión	
Cargo o actividad: <input type="text"/>		Teléfono celular: <input type="text"/>	

Continuación de Resolución "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"

## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

### Instrucciones generales

Mediante el presente formato se estandariza el contenido de la información que debe diligenciar la entidad responsable del pago al prestador de servicios de salud cuando emite una autorización, si no se tiene acuerdo de voluntades, o si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito, sea ella para prestar servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, ampliar una autorización previamente emitida, o para autorizar servicios electivos, sean ellos de carácter hospitalario o ambulatorio. Debe ser diligenciado por el funcionario designado por la entidad responsable del pago, dentro de los términos definidos en los artículos 5° y 7° de la presente resolución.

El envío del informe al prestador autorizado se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

En caso de que la autorización se emita para que el servicio solicitado sea prestado por un prestador diferente de quien solicita, los datos del prestador serán los del que efectivamente está siendo autorizado para la prestación del servicio, pero la respuesta debe enviarse a los dos prestadores.

### Diligenciamiento:

Número de autorización:	Corresponde a un número consecutivo que asigna la entidad responsable del pago y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y Hora:	Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.
Entidad responsable del pago:	Corresponde al nombre y código de la entidad responsable del pago que emite la autorización. Este dato puede estar preimpreso en la entidad responsable del pago.

### Información del prestador (autorizado)

Nombre del prestador de servicios	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud al que se está autorizando la prestación del servicio.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación del prestador al cual se está autorizando la prestación del servicio, asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación

Continuación de Resolución "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"

	del servicio. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
--	--

### Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la solicitud de autorización. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Teléfono	Registre el número de teléfono de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre "no tiene".

### Servicios autorizados

Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de encontrarse en hospitalización, indique el servicio y número de cama, de acuerdo con la información enviada en la solicitud formulada por el prestador
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios autorizados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio(s) autorizado(s). En los casos de servicios que requieran internación, la autorización debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Solicitud de origen	Registre el número de la solicitud a la cual se está dando respuesta y la fecha y hora de la misma.

### Pagos compartidos

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago.	Registre el % de la tarifa que la entidad responsable del pago cancelará al prestador por los servicios autorizados, teniendo en cuenta la antigüedad de afiliación al sistema del paciente, en semanas. Este valor deberá diligenciarse en enteros (no use decimales) .
Semanas de	Registre el número de semanas de afiliación del paciente. Este valor

Continuación de Resolución "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"

afiliación del paciente a la solicitud de autorización	deberá diligenciarse en enteros (no use decimales) y solamente cuando el valor del pago compartido esté asociado con periodos de carencia.
Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	Registre una "X" si el prestador deberá reclamar al paciente tiquete, bono o vale de pago para recibir el servicio.
Concepto del recaudo del prestador	Seleccione con una "X" la casilla correspondiente, según se trate de cuota moderadora, copago o cuota de recuperación, u otro (y cuál) el valor que debe recaudar directamente el prestador de parte del usuario. Dicho valor puede ser expresado en pesos o en %, regístrelo en la casilla correspondiente. Registre el valor máximo que debe cancelar el usuario, teniendo en cuenta la normatividad vigente. De ser necesario marque más de un concepto de recaudo, sin perjuicio de la aplicación de la norma vigente sobre la no simultaneidad entre el cobro de copagos y cuotas moderadoras (Acuerdo 260 de 2004)

#### **Información de la persona que autoriza**

Persona que autoriza	Registre el nombre de la persona que autoriza los servicios y el cargo o actividad que desempeña en la entidad responsable del pago.
Teléfono	Registre el número telefónico de la entidad responsable del pago, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Continuación de Resolución "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"

## ANEXO TÉCNICO No. 5 SOPORTES DE LAS FACTURAS

### A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES:

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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 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.
7. **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.
8. **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

Continuación de Resolución "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"

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 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.

9. **Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
10. **Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
11. **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.
12. **Recibo de pago compartido:** Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.
13. **Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):** Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.
14. **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.
15. **Historia clínica:** es un documento 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.
16. **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.
17. **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.
18. **Hoja de administración de medicamentos:** Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

Continuación de Resolución "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"

## **B. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO**

### **1. Consultas ambulatorias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- f. 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.

### **2. Servicios odontológicos ambulatorios:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Odontograma.
- g. 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. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. 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.
- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- g. 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.

### **4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. 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.

### **5. Medicamentos de uso ambulatorio:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica

Continuación de Resolución "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"

- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Fotocopia de la fórmula médica.
- f. 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.

**6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. 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.

**7. Lentes:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. 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.

**8. Atención inicial de urgencias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. 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.
- g. 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.

**9. Atención de urgencias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. 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.
- g. Comprobante de recibido del usuario.

Continuación de Resolución "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"

- h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
- j. 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.
- k. 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.

**10. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. 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.
- g. Descripción quirúrgica.
- h. Registro de anestesia.
- i. Comprobante de recibido del usuario.
- j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- k. 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.
- l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

**11. Ambulancia:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- d. Autorización. Si aplica
- e. Hoja de traslado.
- f. 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.

**12. Honorarios profesionales:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. 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.

Continuación de Resolución "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"

**C. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización. Si aplica.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. 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.
- i. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

**D. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad definidas en el acuerdo de voluntades.

**E. EN EL CASO DE RECOBROS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRITUTIVO, LOS SOPORTES DE LAS FACTURAS POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS SERÁN:**

**1. Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.
- d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.
- e. Original de la orden y/o fórmula médica.
- f. 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.
- g. Autorización del Comité Técnico Científico.
- h. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

**2. Servicios ordenados por tutelas cuando se haya ordenado el cumplimiento al prestador:**

- a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago
- b. Fotocopia del fallo de tutela

Continuación de Resolución "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"

---

**3. Cobros por accidentes de trabajo:**

- a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.
- b. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

Continuación de Resolución "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"

## ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS

### DEFINICIONES

**Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

**Devolución:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

**Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. 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.

**Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

### Objetivo

El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

### Elementos de la codificación

La codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

General	Específico
6	53

Continuación de Resolución "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"

**Tabla No. 1. Codificación Concepto General**

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

#### Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Continuación de Resolución "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"

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

**Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico**

Código	Concepto Específico
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido.
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA

Continuación de Resolución "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"

Código	Concepto Específico
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
<b>RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION</b>	
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>1</sup>
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

En la Tabla No. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

**Tabla No. 3. Código de Glosa**

General	Especif.	Descripción
<b>Facturación</b>		
1	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
	11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
	13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	14	Error en suma de conceptos facturados
	15	Datos insuficientes del usuario
	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
	23	Procedimiento o actividad
	24	Falta firma del prestador de servicios de salud
	25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador	
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	
<b>Tarifas</b>		
2	01	Estancia

<sup>1</sup> Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

Continuación de Resolución "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"

<b>General</b>	<b>Especif.</b>	<b>Descripción</b>
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados
<b>Soportes</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	20	Recibo de pago compartido
	30	Autorización de servicios adicional
<b>3</b>	31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
	32	Detalle de cargos
	33	Copia de historia clínica completa
	35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
	36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
	37	Orden o fórmula médica
	38	Hoja de traslado en ambulancia
	39	Comprobante de recibido del usuario
	40	Registro de anestesia
	41	Descripción quirúrgica
	42	Lista de precios
	43	Orden o autorización de servicios vencida
<b>Autorización</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
<b>4</b>	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	30	Autorización de servicios adicionales
	43	Orden o autorización de servicios vencida
	44	Médico que ordena no adscrito
<b>Coberturas</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	07	Medicamentos
<b>5</b>	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	45	Servicio no pactado
	46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
<b>Pertinencia</b>		
<b>6</b>	01	Estancia

Continuación de Resolución "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"

General	Especif.	Descripción
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente
<b>Devoluciones</b>		
8	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas )
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
	50	Factura ya cancelada
<b>Respuestas a Glosas o Devoluciones</b>		
9	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>2</sup>
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

### Manual de Uso

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

#### 1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita.

101	Estancia	Aplica cuando: 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando: 1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas

<sup>2</sup> Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

Continuación de Resolución "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"

		<p>en los honorarios médicos post-quirúrgicos.</p> <p>4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes.</p> <p>5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</p>
103	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
104	Honorarios de otros Profesionales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
105	Derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
106	Materiales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
107	Medicamentos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
108	Ayudas diagnósticas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.</li> </ol>
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.</p>

Continuación de Resolución "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"

	grupo relacionado por diagnóstico)	
110	Servicio o insumo incluido en paquete	Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado
111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
112	Factura excede topes autorizados	Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas)	Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.
114	Error en suma de conceptos facturados	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.
115	Datos insuficientes del usuario	Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
117	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
119	Error en descuento pactado	Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
120	Recibo de pago compartido	Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.

Continuación de Resolución "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"

122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.

## 2. Tarifas

Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

201	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
202	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.

Continuación de Resolución "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"

		2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
229	Recargos no pactados	Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

### 3. Soportes

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
302	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
304	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
307	Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios

Continuación de Resolución "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"

		Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
308	Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
333	Copia de historia clínica completa	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	Formato ATEP	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	Orden o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia,

Continuación de Resolución "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"

	anestesia	enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información

#### 4. Autorizaciones

Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.

Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

401	Estancia	Aplica cuando: 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución.
443	Orden o autorización de servicios vencida	Aplica cuando: 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
444	Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

#### 5. Cobertura

Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los toques.

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.

Continuación de Resolución "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"

506	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT)	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los toques cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

#### 6. Pertinencia

Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
605	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

Continuación de Resolución "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"

623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

### 8. Devoluciones

Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas.

816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
849	Factura no cumple requisitos	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.

Continuación de Resolución "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"

	legales	
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

#### **9. Respuestas a glosas y devoluciones**

Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago

996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente..

Continuación de Resolución "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"

**ANEXO TÉCNICO No. 7**  
**ESTÁNDARES DE DATOS PARA LOS ANEXOS TÉCNICOS 1, 2, 3 Y 4**

Número	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
1	Número informe	x				4	N	Desde 1
2	Número atención		x			4	N	Desde 1
3	Número solicitud			x		10	N	Desde 1
4	Número autorización				x	10	N	Desde 1
5	Fecha	x	x	x	x	10	A	AAAA-MM-DD
6	Hora	x	x	x	x	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
7	Nombre prestador	x	x	x	x	250	A	Nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación
8	Tipo identificación prestador	x	x	x	x	2	A	CC = Cédula de Ciudadanía NI = Número de Identificación Tributaria
9	Número identificación prestador	x	x	x	x	10	A	Numero de la CC o el NIT del prestador
10	Dígito de verificación del prestador	x	x	x	x	1	N	0-9
11	Código prestador	x	x	x	x	12	A	Código de habilitación asignado por la dirección territorial de salud
12	Dirección prestador	x	x	x	x	80	A	Dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación
13	Teléfono indicativo prestador	x	x	x	x	5	N	
14	Teléfono numero prestador	x	x	x	x	7	N	
15	Departamento prestador	x	x	x	x	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA DANE
16	Municipio prestador	x	x	x	x	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA DANE
17	Nombre entidad responsable de pago - pagador	x	x	x	x	150	A	Nombre completo de la entidad responsable del

Continuación de Resolución "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"

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
								pago
18	Código administradora-pagador	x	x	x	x	6	A	
19	Tipo de inconsistencia	x				1	N	1= El paciente no existe en la base de datos 2= Los datos del paciente no corresponden con los del documento de identificación presentado
20	Primer apellido	x	x	x	x	20	A	Para los nombres y apellidos compuestos, se tomará como primer nombre el primer nombre del nombre compuesto y como segundo nombre el complemento, igualmente para el caso de los apellidos compuestos. Ej. Julio Álvaro Andrés Molina del Castillo. Primer nombre: JULIO, segundo nombre: ÁLVARO ANDRÉS. Primer apellido: MOLINA, segundo apellido: DEL CASTILLO. Cuando una persona no tiene segundo nombre o apellido se reportará vacío en estos atributos. Se utilizará la abreviatura "VDA" para los segundos apellidos que utilizan la palabra VIUDA (O).
21	Segundo apellido	x	x	x	x	30	A	
22	Primer nombre	x	x	x	x	20	A	
23	Segundo nombre	x	x	x	x	30	A	

Continuación de Resolución "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"

Número	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
24	Tipo documento de identificación del paciente	x	x	x	x	2	A	MS = Menor sin identificación RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte AS = Adulto sin identificación
25	Número de identificación del paciente	x	x	x	x	17	A	
26	Fecha nacimiento del paciente	x	x	x	x	10	A	AAAA-MM-DD
27	Dirección paciente	x	x	x	x	80	A	Dirección de residencia habitual del paciente
28	Teléfono paciente	x	x	x	x	7	N	
29	Departamento residencia paciente	x	x	x	x	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE
30	Municipio residencia paciente	x	x	x	x	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
31	Teléfono celular paciente			x	x	10	N	
32	Correo electrónico paciente			x	x	50	A	
33	Cobertura en salud para pago	x	x	x		3	A	RCT = Régimen contributivo RST = Régimen subsidiado total RSP = Régimen subsidiado parcial PPC = Población pobre con SISBEN PPS = Población pobre sin SISBEN DES = Desplazado PAS = Plan adicional de salud OTR = Otro
34	Inconsistencia primer apellido	x				20	A	

Continuación de Resolución "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"

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
35	Inconsistencia segundo apellido	x				30	A	
36	Inconsistencia primer nombre	x				20	A	
37	Inconsistencia segundo nombre	x				30	A	
38	Inconsistencia tipo documento de identificación	x				2	A	MS = Menor sin identificación RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte AS = Adulto sin identificación
39	Inconsistencia numero documento de identificación	x				17	A	
40	Inconsistencia fecha de nacimiento	x				10	A	AAAA-MM-DD
41	Observaciones inconsistencias	x				200	A	
42	Origen de la atención		x	x		2	A	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 06 = Evento catastrófico 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 16 = Accidente de trabajo y Accidente de Tránsito 17 = Evento catastrófico y Accidente de trabajo
43	Clasificación triage		x			1	N	1= Rojo 2= Amarillo 3= Verde
44	Fecha ingreso urgencias		x			10	A	AAAA-MM-DD
45	Hora ingreso urgencias		x			5	A	HH:MM (formato 24 horas)
46	Paciente remitido		x			1	N	1 = SI 2 = NO

Continuación de Resolución "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"

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
47	Nombre prestador remite		x			150	A	Nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación
48	Código del prestador que remite		x			12	A	Código de habilitación asignado por la dirección territorial de salud
49	Departamento prestador remite		x			2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE
50	Municipio prestador remite		x			3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
51	Motivo consulta		x			200	A	
52	Diagnóstico principal código		x	x		4	A	
53	Diagnóstico principal descripción		x	x		50	A	
54	Diagnóstico relacionado 1 código		x	x		4	A	
55	Diagnóstico relacionado 1 descripción		x	x		50	A	
56	Diagnóstico relacionado 2 código		x	x		4	A	
57	Diagnóstico relacionado 2 descripción		x	x		50	A	
58	Diagnostico relacionado 3 código		x			4	A	
59	Diagnóstico relacionado 3 descripción		x			50	A	
60	Justificación clínica			x		200	A	
61	Destino paciente		x			1	N	1 = domicilio 2 = observación 3 = internación 4 = remisión 5 = contrarremisión 6 = otro
62	Prioridad de la atención			x		1	N	1 = prioritaria 2 = no prioritaria
63	Tipo de servicios solicitud			x		1	N	1 = posterior a la atención inicial de urgencias

Continuación de Resolución "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"

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
64	Ubicación del paciente			x	x	1	N	2 = servicios electivos 1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización
65	Servicio hospitalización			x	x	30	A	
66	Cama			x	x	6	A	
67	Guía de atención			x	x	30	A	
68	Código CUPS 1			x	x	7	A	
69	Cantidad 1			x	x	3	N	
70	Descripción/observaciones 1			x	x	50	A	
71	Código CUPS 2			x	x	7	A	
72	Cantidad 2			x	x	3	N	
73	Descripción/observaciones 2			x	x	50	A	
74	Código CUPS 3			x	x	7	A	
75	Cantidad 3			x	x	3	N	
76	Descripción/observaciones 3			x	x	50	A	
77	Código CUPS 4			x	x	7	A	
78	Cantidad 4			x	x	3	N	
79	Descripción/observaciones 4			x	x	50	A	
80	Código CUPS 5			x	x	7	A	
81	Cantidad 5			x	x	3	N	
82	Descripción/observaciones 5			x	x	50	A	
83	Código CUPS 6			x	x	7	A	
84	Cantidad 6			x	x	3	N	
85	Descripción/observaciones 6			x	x	50	A	
86	Código CUPS 7			x	x	7	A	
87	Cantidad 7			x	x	3	N	
88	Descripción/observaciones 7			x	x	50	A	
89	Código CUPS 8			x	x	7	A	
90	Cantidad 8			x	x	3	N	
91	Descripción/observaciones 8			x	x	50	A	
92	Código CUPS 9			x	x	7	A	
93	Cantidad 9			x	x	3	N	
94	Descripción/observaciones 9			x	x	50	A	
95	Código CUPS 10			x	x	7	A	
96	Cantidad 10			x	x	3	N	
97	Descripción/observaciones 10			x	x	50	A	

Continuación de Resolución "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"

Número	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
98	Código CUPS 11			x	x	7	A	
99	Cantidad 11			x	x	3	N	
100	Descripción/observaciones 11			x	x	50	A	
101	Código CUPS 12			x	x	7	A	
102	Cantidad 12			x	x	3	N	
103	Descripción/observaciones 12			x	x	50	A	
104	Código CUPS 13			x	x	7	A	
105	Cantidad 13			x	x	3	N	
106	Descripción/observaciones 13			x	x	50	A	
107	Código CUPS 14			x	x	7	A	
108	Cantidad 14			x	x	3	N	
109	Descripción/observaciones 14			x	x	50	A	
110	Código CUPS 15			x	x	7	A	
111	Cantidad 15			x	x	3	N	
112	Descripción/observaciones 15			x	x	50	A	
113	Código CUPS 16			x	x	7	A	
114	Cantidad 16			x	x	3	N	
115	Descripción/observaciones 16			x	x	50	A	
116	Código CUPS 17			x	x	7	A	
117	Cantidad 17			x	x	3	N	
118	Descripción/observaciones 17			x	x	50	A	
119	Código CUPS 18			x	x	7	A	
120	Cantidad 18			x	x	3	N	
121	Descripción/observaciones 18			x	x	50	A	
122	Código CUPS 19			x	x	7	A	
123	Cantidad 19			x	x	3	N	
124	Descripción/observaciones 19			x	x	50	A	
125	Código CUPS 20			x	x	7	A	
126	Cantidad 20			x	x	3	N	
127	Descripción/observaciones 20			x	x	50	A	
128	Solicitud origen				x	10	N	Desde 1
129	Fecha solicitud origen				x	10	A	AAAA-MM-DD
130	Hora solicitud origen				x	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
131	Porcentaje valor pago compartido				x	3	N	Entre 0 y 100
132	Semanas afiliación paciente				x	2	N	Entre 0 y 26
133	Reclamo tiquete, bono o vale				x	1	N	1 = SI 2 = NO

Continuación de Resolución "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"

Numero	Nombre variable	Anexo 1	Anexo 2	Anexo 3	Anexo 4	Longitud	Tipo	Valor permitido
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	Informe de la atención inicial de urgencias	Solicitud de autorización de servicios de salud	Autorización de servicios de salud			
134	Valor pesos cuota moderadora				x	7	N	Entre 0 y 9999999
135	Porcentaje cuota moderadora				x	3	N	Entre 0 y 100
136	Valor máximo cuota moderadora				x	7	N	Entre 0 y 9999999
137	Valor pesos copago				x	7	N	Entre 0 y 9999999
138	Porcentaje copago				x	3	N	Entre 0 y 100
139	Valor máximo copago				x	7	N	Entre 0 y 9999999
140	Valor pesos cuota recuperación				x	7	N	Entre 0 y 9999999
141	Porcentaje cuota recuperación				x	3	N	Entre 0 y 100
142	Valor máximo cuota recuperación				x	7	N	Entre 0 y 9999999
143	Valor pesos otro				x	7	N	Entre 0 y 9999999
144	porcentaje otro				x	3	N	Entre 0 y 100
145	Valor máximo otro				x	7	N	Entre 0 y 9999999
146	Nombre quien reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	60	A	
147	Cargo- actividad reporta /informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	30	A	
148	Teléfono indicativo reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	5	N	
149	Teléfono numero reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	7	N	
150	Teléfono extensión reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	6	N	
151	Teléfono celular reporta/informa/solicita/autoriza	x	x	x	x	10	N	

Continuación de Resolución "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"

### ANEXO TÉCNICO No. 8 REGISTRO CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA

La siguiente es la estructura de reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones y respuestas de las mismas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

Los siguientes campos conforman el archivo, definiendo además la longitud de cada uno de ellos y se diligenciarán de acuerdo con la normatividad vigente

Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
1	NIT de la entidad responsable del pago	Numérico	10	Prestador
2	Razón Social de la entidad responsable del pago	Alfanumérico	150	Prestador
3	Código del prestador de servicios de salud	Numérico	12	Prestador
4	Nombre o razón social del prestador de servicios de salud	Alfanumérico	250	Prestador
5	Prefijo de la factura	Alfanumérico	6	Prestador
6	Número de Factura	Alfanumérico	10	Prestador
7	Fecha de prestación del servicio o egreso	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
8	Fecha de emisión de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
9	Número de autorización	Numérico	10	Prestador
10	Fecha de la autorización	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
11	Fecha de presentación de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
12	Valor de la factura	Numérico	12	Prestador
13	Fecha devolución	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
14	Código devolución	Numérico	3	Responsable del pago
15	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
16	Fecha de pago anticipado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
17	Valor pago anticipado	Numérico	10	Prestador
18	Fecha glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
19	Valor glosa inicial	Numérico	10	Responsable del pago
20	Código de glosa inicial	Numérico	3	Responsable del pago
21	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
22	Fecha pago no glosado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
23	Valor pago no glosado	Numérico	10	Prestador
24	Fecha respuesta a glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
25	Código respuesta a glosa inicial	Numérico	3	Prestador
26	Valor sustentado respuesta a glosa inicial	Numérico	10	Prestador
27	Observaciones	Alfanumérico	100	Prestador

Continuación de Resolución "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"

Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
28	Fecha decisión de la entidad responsable del pago	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
29	Valor levantado por la entidad responsable del pago	Númerico	10	Responsable del pago
30	Fecha pago por glosa levantada	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
31	Fecha glosa definitiva	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
32	Código glosa definitiva	Númerico	3	Responsable del pago
33	Observaciones	Alfa numérico	100	Responsable del pago
34	Valor en discusión al término etapa arreglo directo	Númerico	10	Prestador

Es importante aclarar que cada uno de los motivos de glosa para una misma factura se debe reportar en renglón independiente.

Definición de los campos de la estructura del archivo:

**NIT** de la entidad responsable del pago no se reporta dígito de verificación.

**Razón social** de la entidad responsable del pago

**Código del prestador de servicios de salud.** Corresponde al código asignado por la dirección departamental o distrital de salud.

**Nombre o razón social del prestador** de servicios de salud

**Prefijo de la factura.** Corresponde a las letras que anteceden al número de la factura a glosar (campo opcional)

**Número de factura.** Corresponde al número consecutivo que el prestador de servicios de salud asigna a la respectiva factura o documento equivalente.

**Fecha de prestación del servicio o egreso.** Corresponde a la fecha en la cual efectivamente se realizó la prestación del servicio o egresó el paciente que recibió servicios de internación. Puede no coincidir con la fecha de emisión de la factura.

**Fecha de emisión de la factura.** Fecha en la que se genera la factura.

**Número de autorización.** Se refiere al número de la autorización principal, es decir a la que se emite para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define de una longitud máxima de siete (7) caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha.

**Fecha de autorización.** Fecha correspondiente a la emisión de la autorización por la entidad responsable del pago.

**Fecha de presentación de la factura.** Corresponde a la fecha en la cual el prestador presenta la factura ante la entidad responsable del pago.

**Valor de la factura.** Corresponde al valor por el cual fue presentada la factura.

**Fecha devolución.** Fecha en la cual la entidad responsable del pago devuelve la factura

**Código devolución.** Corresponde al número de 3 dígitos definido de acuerdo con los conceptos consignados en el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

**Observaciones.** En este campo se aclarará la causa de devolución según la normatividad vigente.

**Fecha de pago anticipado.** Corresponde a la fecha en la cual se realiza el pago anticipado.

**Valor pago anticipado.** Monto del pago anticipado.

Continuación de Resolución "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"

**Fecha glosa inicial.** Corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

**Valor glosa inicial.** Valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

**Código glosa inicial.** Código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse una fila para cada causa.

**Observaciones:** En este campo se aclarará el servicio glosado con su detalle y complementos necesarios según el motivo de las glosas.

**Fecha pago valor no glosado.** Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela el valor no glosado

**Valor pago no glosado.** Corresponde al monto del pago, equivalente al valor no glosado menos el pago anticipado.

**Fecha respuesta a glosa inicial.** Fecha en la cual el prestador de servicios de salud entrega a la entidad responsable del pago la respuesta sobre sus glosas iniciales.

**Código respuesta a glosa.** Este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida en la presente resolución.

**Valor sustentado respuesta a glosa inicial.** Corresponde al monto que el prestador de servicios de salud considera pudo sustentar en relación al valor de la glosa inicial.

**Observaciones:** En este campo se aclarará la respuesta al servicio glosado con su detalle y complementos necesarios para aclarar las respuestas.

**Fecha decisión de la entidad responsable del pago a la respuesta:** Fecha en la cual la entidad responsable del pago adopta una decisión frente a la respuesta presentada por la prestador de servicios de salud.

**Valor levantado por la entidad responsable del pago:** Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera que debe cancelar al prestador de servicios de salud por haber sustentado total o parcialmente la glosa inicial.

**Fecha pago por glosa levantada:** Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela al prestador de servicios de salud el valor que aceptó levantar.

**Fecha glosa definitiva:** Fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa.

**Código glosa definitiva.** Este campo será diligenciado por la entidad responsable del pago.

**Observaciones:** En este campo se aclara la razón de la glosa definitiva.

**Valor en discusión:** Corresponde al valor que una vez concluidos los 60 días hábiles establecidos en la normatividad vigente para el pago de las facturas que tengan glosa, no logran acuerdo entre las partes y se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, o a los mecanismos de solución alternativa de conflictos que se hayan plasmado en el acuerdo de voluntades.