

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA DISMINUCION DE LAS GLOSAS A LA
FACTURACIÓN DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DEL
DISTRITO DE BUENAVENTURA AÑO 2014**

VIRGINIA VALVERDE VALENCIA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PACÍFICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS
PROGRAMA DE CONTADURIA PÚBLICA
BUENAVENTURA
2017**



Universidad del Valle

Sede Pacífico

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA DISMINUCION DE LAS GLOSAS A LA
FACTURACIÓN DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DEL
DISTRITO DE BUENAVENTURA AÑO 2014**

VIRGINIA VALVERDE VALENCIA

Trabajo de grado como requisito para obtener al título de Contador Público

Director:

ANGEL CUSTODIO RODRIGUEZ

Contador Público

**UNIVERSIDAD DEL VALLE- SEDE PACÍFICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS
PROGRAMA DE CONTADURIA PÚBLICA
BUENAVENTURA
2017**



NOTA DE ACEPTACION

JURADO 1

JURADO 2

JURADO 3

Buenaventura, Diciembre 16 del 2016

DEDICATORIA

A Dios, por su infinita misericordia y bondad, por ser mi fuerza y mi guía que conduce mi camino, por haberme dado la capacidad y entendimiento de poder llevar a cabo la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A quien amo con todo mi ser mis padres: Ana Valencia Hernández y Virgilio Valverde Moran (QEP), por darme la vida y en ella todas las oportunidades y herramientas necesarias que me ayudaron a ser una persona íntegra.

A mi esposo gracias por su ayuda que me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante, mi hijo IMANOL ANDREY, quienes fueron mi motor cada día, esa fuerza que necesitaba para continuar.

A mis hermanos, familiares por su apoyo incondicional su fe y esfuerzo, y darme animo cada día.

A mis amigos, compañeros de la universidad, por caminar en este largo sendero, en donde cultivamos relaciones sinceras, anécdotas inolvidables, y que todos con sus diferentes personalidades hicieron más ameno grato y divertido.

A mis profesores, ya que cada uno de ellos me aportó en el transcurso de la carrera una chispa de conocimiento y muchas experiencias, siendo de ellos grandes ejemplos de vida a nivel profesional y ético.

A mi director de proyecto el profesor Ángel Custodio por su dirección y acompañamiento en esta recta final de este andar universitario que me permitió llegar a estas instancias.

ABREVIATURAS

ARP:	Administradora de riesgos profesionales.
EPS - S:	Entidad prestadora de salud del régimen subsidiado.
ATEP:	Accidente de trabajo y enfermedad profesional.
CNSSS:	Consejo Nacional de Seguridad Social en salud.
DLS:	Dirección local de salud.
DSS:	Dirección seccional de salud.
ECAT:	Eventos catastróficos y atentados terroristas.
EPS:	Empresa promotora de salud.
ESE:	Empresa social del Estado.
ESS:	Empresa solidaria de salud.
FOSYGA:	Fondo de solidaridad y garantía.
IPS:	Institución prestadora de servicios.
PAB:	Plan de atención básico.
POS:	Plan obligatorio de salud.
POS-C:	Plan obligatorio de salud del régimen contributivo.
POS-S:	Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en salud.
SISBEN:	Sistema de selección de beneficiarios
SOAT:	Seguro obligatorio de accidentes de tránsito.
UPC:	Unidad de pago por capitación.

GLOSARIO

AUDITORIA: La auditoria puede definirse como un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos.

CUENTAS: Es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.

GLOSA: Valor que el asegurador objeta por carencia de soportes, falta de pertinencia, diferente tarifa pactada, servicio no contratado, etc.

AJUSTE: La parte de su factura que el médico o la IPS ha decidido no cobrarle.

APELACIÓN: Proceso mediante el cual usted, su médico o su IPS pueden oponerse a su plan de salud cuando usted no está de acuerdo con la decisión del plan de salud de no pagar por su atención.

ARS: Administración de Régimen Subsidiado.

BENEFICIARIO: Persona cubierta por el seguro de salud.

COPAGO: Cuota que paga el usuario de nivel II y III en el régimen subsidiado para ayudar a financiar el sistema.

COSEGURO: La parte de costos compartidos de la factura

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Una manera de decidir cuál aseguradora es responsable por el pago si usted tiene más de un plan de seguro.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS: Un sistema de codificación utilizado para describir los tratamientos o servicios proporcionados por su médico.

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO: Código que se utiliza para la facturación y que describe su enfermedad.

CAPITACIÓN: Modalidad de contratación en la cual se pagan por anticipado al prestador un número determinado de servicios.

CUOTA MODERADORA: Valor que debe pagar el usuario por una atención, definido por su EPS.

CUPS: Código único de procedimientos en salud.

DEDUCIBLE: Cantidad que usted debe amortizar por los servicios médicos antes que su aseguradora empiece a pagar.

EAPB: Entidades administradoras de planes de beneficios – Entidades aprobadas por el estado para administrar los planes permitidos en el SGSSS.

FUNSOAT 1 y 2: Formulario utilizado por IPS para presentar reclamaciones de seguro por servicios médicos en caso de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

GARANTE: Alguien que ha aceptado pagar la factura.

MAPIPOS: Manual de intervenciones y Procedimientos.

NOTIFICACIÓN PRELIMINAR AL BENEFICIARIO (NPB): Notificación que le da la IPS o el médico antes de atenderlo, donde se explica lo que el asegurador no ampara según plan de beneficios y pueda decidir si quiere o no someterse al tratamiento y cómo pagarlo.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: El número asignado por su médico o IPS que identifica su historia clínica individual

OBJECCIÓN: Glosa.

PLAN DE BENEFICIOS: Actividades procedimientos e intervenciones que cubre el asegurador POS POS-S.

PERÍODO DE CARENCIA: Período mínimo que se debe cotizar al sistema para la cobertura total del plan de beneficios de la segurador.

RED DE SERVICIOS: IPS contratadas por el asegurador para garantizar la atención de salud.

REFERENCIA: Traslado de un usuario hacia una institución diferente por superar la capacidad resolutive

RESPONSABLE DE PAGO: La(s) persona(s) responsable de pagar su factura se le denomina garante.

RECOBRO: Valor que se le cobra al contratista (hospital) por atención a usuarios en otras IPS.

SECRETO PROFESIONAL: Normas éticas para proteger la privacidad de su información de salud.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Cargos por servicios médicos denegados o excluidos por su seguro.

SEGURO SECUNDARIO: Seguro adicional que puede pagar algunos cargos no cubiertos por su compañía de seguro principal. El pago depende de los beneficios de su seguro, su cobertura y su coordinación de beneficios.

URGENCIA: Enfermedad o lesión inesperada que necesita atención médica inmediata, para evitar la muerte o complicaciones.

UPC: Unidad de pago por capitación

UPS-S: Unidad de pago por capitación subsidiada

VALOR LIQUIDADO: Valor liquidado al asegurador dependiendo del plan de beneficios y la modalidad de contrato.

VINCULADO: Persona que no tiene seguridad social

CUENTAS: Es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.

CONCILIACIÓN: La conciliación es un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus

diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador.

CONTRATACIÓN: Es formalizar con apego a la ley la futura relación de trabajo para garantizar los intereses, derechos, tanto del trabajador como la empresa. Cuando ya se aceptaron las partes es necesario integrar su expediente de trabajo. La contratación se llevará a cabo entre la organización y el trabajador.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	12
1. ANTECEDENTES.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2.1 Descripción del Problema.....	16
2.1.1 Formulación del Problema.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo General.....	17
3.1.1 Objetivo Específico.....	17
4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	18

CAPITULO I

5. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SGSSS.....	20
5.1. Características Básicas del SGSSS.....	21
5.2 Estructura del SGSSS.....	22
5.3 Normatividad del SGSSS.....	23
5.4 Forma de Ingresar al SGSSS.....	26
5.5 Beneficios del SGSSS.....	27
5.6. Tipos de EPS.....	29

CAPITULO II

6. NORMATIVIDAD DE LOS DIFERENTES PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA UNA CORRECTA FACTURACION.....	33
6.1 Requisitos de la Factura.....	36
6.2. Tipos de usuarios a facturar.....	36

6.3. Soportes de Facturas.....	36
6.4. Procesos administrativos en la facturación.....	38
6.5. Efectividad de la Facturación.....	40
6.6. Modalidades de Contrataciones con las EPS.....	42
 8. GLOSAS- SEGÚN ANEXO TECNICO No. 6 MANUAL UNICO.....	43
8.1. Tipos de Glosas.....	43
8.2. Causas de Glosas más Frecuentes.....	43
8.3. Presentación de Glosas.....	46
8.4. Corrección o Aclaración de Glosas.....	47
8.5. Evaluación de Glosas.....	47
8.6. Respuesta de Glosas.....	49
 9. REGISTRO INDIVIDUAL DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS).....	51
9.1 Utilidad de los Rips.....	51
9.2 Datos del Rips.....	52
 <u>CAPITULO III</u>	
 10. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS EMITIDOS POR AREA DE CONTROL INTERNO DEL HLAP.....	54
10.1 Informe de Glosas año 2014.....	56
10.1.1 Grafico motivo de glosas año 2014	57
10.1.2 Hallazgos emitidos por el área de control Interno	62

CAPITULO IV

11. PROPONER UN PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA ENTIDAD.....	64
12. CONCLUSIONES.....	75
13. RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	79
GLOSARIO.....	7

INTRODUCCION

Actualmente las empresas prestadores de servicios de salud se han visto con un múltiples desafíos, nuevas propuestas y bosquejos de administración con tendencias a desarrollar modelos óptimos que permitan ser innovadores; dando oportunidad de intercambiar u ofrecer en el mercado una buena calidad en el servicio; cumpliendo con la normatividad que se deben acoger las empresas sociales del estado y que así mismo faciliten y demuestren su administración y óptimo rendimiento financiero.

Para ello es muy necesario observar atentamente todos los procesos relevantes como lo es el de la FACTURACION, el cual comprende temas como la contratación hospitalaria, admisiones, atención al usuario, mercadeo de la salud, guías, manuales, tarifas, recaudo de cartera indicadores de gestión, centro de costos, auditorias medicas de cuentas, RIPS, sistemas de información y un software de facturación completo y adecuado.

Por lo anterior se describe en la presente investigación mostrar alternativas de solución y herramientas que ayuden a realizar las oportunas correcciones que permitan al Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura mejores opciones de competitividad en el sector de la salud, con la posibilidad de consolidar criterios para un eficiente manejo de la facturación.

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Este antecedente se inicia con el siguiente estudio estadístico y un trabajo de campo realizado por **Tenorio Angulo, Mary Stella (Autor) (2003)**¹ basado específicamente en Costos de Urgencias del Hospital Departamental de Buenaventura. Institución catalogada por el Ministerio de Salud de nivel II de atención, se encuentra ubicada en la ciudad de Buenaventura, y tiene una denominación importante como es ser la principal casa de salud en la costa de litoral pacífico (en esa época), y por el área geográfica donde está ubicada; por esto debe brindar atención a los habitantes de la costa pacífica en general.

Un enfoque que también se delimita en el campo del sector salud, en el área contable financiera por **Tenorio Solis, Diana Patricia (Autor) y Campiño Palacios, Sandra Mayecy (Autor) (2008)**², donde se pudo identificar cada una de las falencias presentadas por el departamento de facturación, del Hospital Departamental de Buenaventura, Empresa Social del Estado, como base fundamental para contemplar la posibilidad de implementar un sistema de Gestión de Calidad, que ayude que el accionar en el proceso de facturación se encuentre encaminado a la recuperación de lo facturado, logrando que ésta institución mejore la calidad del servicio y la estabilidad financiera, formándola no solo como una entidad prestadora de servicio en salud en nivel I y II sino con cobertura de nivel III.

Un aporte adicional, nos da la tesis, de **Agudelo Trejos, Carolina (autores) (2015)**³, esta investigación se centra en la calidad de atención a los usuarios

¹ Aplicación de un sistema de costos en el área de urgencias en el Hospital Departamental de Buenaventura (2003).

² Una evaluación diagnóstica como contribución al mejoramiento del sistema de facturación del Hospital Departamental de Buenaventura (2008)

³ Diseño de un modelo de atención en el proceso de facturación de servicios en salud del Hospital Santander de Calcedonia Valle del Cauca. Universidad del valle- Facultad Ciencias de la Administración sede Calcedonia (2015).

en la facturación de servicios de salud del Hospital Santander ESE de Caicedonia Valle del Cauca. De acuerdo con los objetivos de esta, su resultado permitirá diseñar un modelo de atención al usuario, que se adapte a esta Institución en particular y que contribuya a solucionar la problemática que presenta el proceso de atención al usuario con respecto al exceso de filas y aglomeraciones para la facturación de servicios de salud del Hospital Santander E.S.E de Caicedonia Valle.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del Problema

Para el año 2014 la facturación de la Ese Hospital Luis Ablanque de la Plata fue de \$32.400 millones de pesos, representadas en un total de 20.000 facturas, de las cuales fueron glosadas 1.783 facturas (el 8.9%) que representan un valor de \$114.678 millones de pesos. Al hacer un histórico de las cuentas objetadas se observó que no se le habían dado respuestas oportunas a glosas de años anteriores y se desconocían cuáles eran las de mayor incidencia.

Teniendo en cuenta la estructura de facturación de la Ese Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura, y de los hallazgos encontrados en el informe entregado por el área de control interno del Hospital Luis Ablanque de la Plata, se detectan algunas falencias en el proceso de facturación debido a las múltiples objeciones obtenidas durante el año 2014.

Por lo anterior, es importante establecer un plan de mejoramiento que permita la vigilancia, seguimiento y control de los factores que afectan el proceso de facturación que conlleven a disminuir las glosas y se vean reflejados en la rentabilidad financiera de la Ese Hospital Luis Ablanque de la Plata, optimizando sus recursos para un mejor funcionamiento y la conviertan en una Institución eficiente y competente en el sector de la salud.

2.1.1. Formulación del Problema

¿Cómo un plan de mejoramiento contribuyen para la disminución de las glosas a la Facturación a la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura durante el año 2014?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Proponer un plan de mejoramiento que permita la disminución de las glosas a la facturación de la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura, el cual permitirá optimizar los recursos para un mejor funcionamiento de la Entidad con base en las glosas presentadas durante el año 2014.

3.1.1 Objetivos Específicos

- 1.** Identificar el sector salud en Colombia y la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2.** Revisar conforme a la normatividad los procesos administrativos que apoyan a una correcta facturación en los Servicios de Salud mediante algunas modalidades de contratación.
- 3.** Analizar los posibles hallazgos emitidos por el área de control interno en los procesos del Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura durante el año 2014.
- 4.** Proponer un plan de mejoramiento conforme a las oportunidades de mejora encontradas en el proceso de facturación del Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura.

4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Es conveniente el desarrollo de esta investigación ya que por medio de este plan de mejoramiento para la disminución de las glosas a la facturación de la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura, permitirá optimizar los recursos para un mejor funcionamiento de la Entidad, garantizando un fortalecimiento administrativo integral, generando aprendizaje en el recurso humano, permitiendo garantizar procesos efectivos y eficiencia en las áreas involucradas, disminuir los errores en la facturación, incremento en la radicación de las facturas que cumplan con los requisitos de ley, que a su vez redundará en una mejor rotación de cartera y aumento del flujo de caja, obteniendo así un mejor control y resultado en el proceso de facturación.

El impacto social frente a este plan de mejoramiento es que tanto la institución obtendría mayor adquisición en tecnología, insumos y recurso humano para la prestación del servicio, debido a su equilibrio económico y así satisfacer las necesidades de los usuarios al verse minimizado los motivos de glosas que generaban un impacto negativo en la parte financiera, obteniendo así una IPS más eficaz, competente en el Sector Salud logrando ser una entidad con mayor reconocimiento y posicionamiento.

La implicación práctica de esta investigación, me invita a no delimitar el conocimiento contable solo en la parte técnica, sino ampliar el conocimiento direccionado al campo de la salud; donde también se aplica con la misma intención, solo que se le añade una atención de contacto directo del profesional

con el (los) usuario(s) de servicio de salud, por lo anterior con esta propuesta de plan de mejoramiento lo que se busca es mostrar oportunidades de mejoras y ajustes al proceso de glosas a través de la fallas presentadas, para establecer mecanismos y costo efectivos de manera oportuna, por lo tanto es de vital importancia el desarrollo de esta investigación y su aplicabilidad en el campo de la salud ya que permitirá disminuir el número de glosas y a la vez masificar los ingresos y disminuir el déficit presupuestal.

Además, desde el punto de vista académico el presente estudio servirá como antecedente o base histórica de un plan de mejoramiento realizado al Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura; el cual sea de fácil acceso al personal estudiantil y directivas de la Universidad, sirviendo de apoyo para futuras investigaciones o mejoras continuas, aplicando los conocimientos adquiridos en el desarrollo del programa.

CAPITULO I

5. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos del que disponen las personas y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado emite o direcciona a la sociedad para desarrollar y proporcionar la mejor cobertura de salud y de las contingencias especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio Colombiano cuyo objetivo es el lograr brindar un bienestar individual y la integración de la comunidad.

Tal entidad sirve para regular el servicio público primordial de salud y crea condiciones de acceso para toda la población al servicio de salud en todos los niveles de atención.

El Sistema de Seguridad Social en Salud está integrado por:

- **Organismo de Dirección:** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)
- **Vigilancia y Control:** La Superintendencia Nacional de Salud

- **Organismos de Administración y Financiación:** entidades promotoras de salud EPS, direcciones seccionales (DSS), distritales y locales (DLS), fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA)
- **Instituciones prestadoras de servicio de salud:** instituciones prestadoras de servicios privadas (IPS), empresas sociales del estado (ESE), instituciones de prestación de servicios mixtas.
- **Componentes del Sector Laboral:** Empleadores, trabajadores y sus organizaciones, Pensionados.
- **Usuarios sin Capacidad de Pago:** afiliados al régimen subsidiado y personal vinculado

5.1 CARACTERISTICAS BASICAS DEL SISTEMA DE GESTION DE SALUD

- La salud es un servicio público esencial y es responsabilidad del Gobierno Nacional dirigirlo, orientarlo, regularlo, controlarlo y vigilarlo.
- Todos los habitantes de Colombia deberán estar afiliados al sistema.
- Todos los afiliados recibirán un plan integral de salud que se denomina Plan Obligatorio de salud.
- El recaudo de las cotizaciones lo hace el Fosyga y delega esta responsabilidad en las EPS.

- Las EPS tienen a cargo la afiliación de los usuarios y tienen que garantizar la atención en salud de sus afiliados a través de las IPS O ESE.
- Por cada afiliado que tenga la EPS o la EPS-S recibirá una unidad de pago por capitación cada año (UPC).
- Los afiliados podrán elegir libremente la EPS o EPS-S a la cual quieran pertenecer, la IPS de la red de la EPS o EPS-S donde quieran ser atendidos y los profesionales de esa IPS que sean de su agrado.
- Las IPS son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud a los afiliados. Pueden ser oficiales, privadas, mixtas comunitarias y solidarias.
- El régimen subsidiado se creó para garantizar la afiliación de la población más pobre y vulnerable al SGSSS.
- El FOSYGA tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos de régimen contributivo, garantizar la solidaridad al interior del régimen subsidiado en el sistema, cubrir los riesgos catastróficos, los accidentes de tránsito y contribuir a financiar las actividades de promoción de la salud.

5.2 ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cuanto al ámbito nacional: Está contenida toda la estructura del **SGSSS** y su máximo organismo de dirección es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y se manifiesta a través de acuerdos, se encuentra el Ministerio Salud y Protección Social, entidad oficial encargada, de dictar las normas científicas, técnicas y administrativas que regulan la prestación de servicios a nivel nacional.

En cuanto al ámbito local y/o municipal: Es el aspecto más importante; porque es aquí donde opera finalmente la relación entre el usuario y el sistema. Contiene como componentes un Consejo Local de Seguridad Social en Salud y una Dirección local o Secretaría de Salud.

Es aquí donde las normas del sistema finalmente se convierten en servicios a través del funcionamiento de las diferentes instituciones operativas.

En estos lugares es donde las direcciones o secretarías locales asumen el papel de guiar, aplicar y controlar la prestación de los diferentes servicios en el ámbito de un sistema local o secretaria de salud.

En cuanto al ámbito seccional o departamental: Recibe las normas del ámbito central y las adapta a las condiciones de su departamento. Contienen el Consejo Seccional de Seguridad Social en Salud y la Dirección Seccional en Salud.

5.3 NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia se encuentra sustentado en un marco normativo; dentro de las normas más importantes que reglamentan el tema de la calidad, se citan las siguientes:

Resolución 1995 de 1999 julio 8: Por la cual se establecen normas para el manejo de las historias clínicas.

Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1122 de 2007: En la cual, entre otros aspectos, se regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, la cual está definida en el artículo 13 de dicha norma, en especial, el literal d), en cuanto atañe a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes. Dicha disposición regula, entre otros, el tiempo de pago de conformidad con la modalidad contractual que se adopte y el trámite en el caso de formulación de glosas, por medio de la cual se reforma la ley 100 de 1993

Ley 1164 de 2007: La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Ley 100 de 1993: libro II, El sistema de Seguridad Social en Salud, artículos 152 a 217.

Ley 1231 de 2008: por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 de 2007: por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones, (art 21 soportes de facturas, art 22 Manual único de glosas, art 23 trámites de glosas).

Resolución 3047 del 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 200

Decreto 4975 de 2009: Con el fin de conjurar la situación de urgencia a la que se hace referencia en la parte motiva del presente Decreto e impedir la extensión de sus efectos, declárese el estado de emergencia social en todo el territorio nacional, por el término de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de esta declaratoria.

Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud)

Decreto 2753 de Noviembre 13 de 1997: se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de Servicios en Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 4252 de Noviembre 14 de 1997: Se establece las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios en salud).

Decreto 204 de 1998: Por medio de este decreto se amplía el plazo para el cumplimiento del establecido en el Decreto 2174.

Circular externa conjunta No. 015 Ministerio de Salud- 039 Superintendencia Nacional de Salud junio 27 de 1997: Realizar el seguimiento e interventoría correspondiente a los otros o convenios para la prestación del Plan Obligatorio de Salud suscritos con las diferentes Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, con el objeto de garantizar el cumplimiento de los mismo por parte del contratista

Decreto 806 de 1998: El presente decreto tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados.

Decreto 723 del 14 de marzo de 1997: Las normas contenidas en el presente Decreto tienen por objeto regular algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

Decreto 1281 de 2002 Ministerio de Salud: Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

Decreto 050 de 2003, Ministerio de Salud: El presente decreto tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Manual tarifario SOAT 2423 de 1996: por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado

Manual tarifario ISS 2002-2001-2004: por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones

Acuerdos 306 y 228 del 2005: por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

Se resalta, para dar claridad en el tema de la facturación, este debe ajustarse a las siguientes disposiciones normativas a saber:

Artículo 615 del Estatuto tributario, “Obligados a expedir facturas”.

Artículos 616-1 a 617 del Estatuto tributario, sobre la factura cambiaria de compraventa o el documento equivalente.

Decreto 1094 y 1165 de 1996. Relacionados con la obligación de facturar y la factura electrónica.

Artículo 619 del Código de Comercio, sobre los requisitos necesarios para que un documento se considere título valor.

Resoluciones 3878 de 1996 y 5709 de 1996, expedida por la Dirección General de Impuestos y Aduanas Nacionales, sobre los eventos en los que no se requiere solicitar autorización para expedir facturas.

5.4 FORMA DE INGRESAR Y PERTENECER AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

- Participación en el SGSSS: “Todo colombiano participara en el servicio público esencial de salud que permite el SGSSS. Unos serán afiliados al Régimen Contributivo, otros al Subsidiado y otros, en forma temporal participarán como vinculados”.
- Como Pertenecer Al Régimen Contributivo: Se afilian las personas trabajadoras con contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.
- Como Pertenecer Al Régimen Subsidiado: Se afilian las personas sin capacidad de pago, o sea, la población más pobre y vulnerable de las áreas urbanas y rurales. La afiliación al sistema se hace según las siguientes prioridades:
 - Madres durante el embarazo, parto, post parto y período de lactancia.
 - Las madres comunitarias.

- Las mujeres cabeza de familia.
- Los menores de un año.
- Los menores en situación irregular.
- Los enfermos de Hansen.
- Las personas mayores de 65años.
- Los discapacitados.
- Los campesinos.

5.5 BENEFICIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL ENSALUD

- **Plan Obligatorio de Salud (POS):** El sistema garantiza que todos los afiliados puedan acceder a un plan de atención que contiene los servicios elementales necesarios y que incluye atención integral a la familia, durante la maternidad y durante la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Los afiliados al régimen contributivo tienen un POS contributivo y POS subsidiado, de acuerdo con el Decreto Ley 306 del 2005.

Los vinculados son atendidos en las ESE y en las IPS que tengan contratos con el estado y reciben un plan de beneficios inferior al POS subsidiado.

El POS contributivo y el POS subsidiado son responsabilidad de las EPS y de las EPS-S respectivamente.

- **Plan de Atención Básica (PAB):** Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de



la enfermedad, vigilancia de la salud pública, y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. Todas las actividades son gratuitas obligatorias y para toda la población. El PAB es responsabilidad de las direcciones o secretarías locales de salud.

- **Cobertura para accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y administración de riesgos profesionales (ARP):** Es el conjunto de normas, entidades y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo. Comprende las actividades de promoción de la salud y factores de riesgo ocupacional con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y salud en relación con accidentes y enfermedades profesionales. Pero además reconoce las prestaciones sociales y económicas derivadas del accidente de trabajo y las enfermedades profesionales. Cobertura familiar: El POS tiene cobertura familiar. Cubre al cónyuge o compañero (a) permanente del afiliado cuya unión sea superior a dos años, los hijos menores de 18 años, los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o menores de 25 que estén estudiando y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge o hijos la cobertura se extiende a padres que dependan económicamente del afiliado.
- **Accidentes de tránsito:** En los casos de urgencias generadas por accidentes de tránsito los servicios serán cubiertos por el accidente obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) si el monto asciende hasta 500 SMLMLV; si excede hasta 300 SMLMLV, se factura el servicio al fondo de

seguro de tránsito FONSAT. Pero si los costos de la atención superan las cifras anteriores la cobertura entonces corre a cargo de la EPS a la cual este afiliado el usuario.

- **Eventos catastróficos y atentados terroristas:** Si las atenciones en salud derivan de acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos o son causadas por catástrofes naturales u otros eventos reconocidos por el CNSSS, las personas tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El pago de estos eventos lo hace el Fosyga a través de la subcuenta ECAT.
- **Atención inicial de urgencias:** La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. No se requiere contrato ni orden previa.

El costo de estas atenciones estará a cargo de la EPS a la cual esté afiliado el usuario. Si no es afiliado se cubre con cargo al Fosyga si es atendido en una IPS privada. Si es atendido en una ESE se factura a la DLS.

- **Planes complementarios:** Las EPS pueden ofrecer servicios que no estén contemplados en el POS. Este conjunto de servicios constituyen los planes complementarios y pueden ser tantos cuantos paquetes quiera y pueda vender una EPS u otra entidad privada u oficial. También se denominan

Planes adicionales de salud (PAS). Los planes complementarios los debe pagar el afiliado. Son opcionales, nunca pueden ser obligatorios. Para que un usuario pueda acceder a un PAS tiene que demostrar que está afiliado al régimen contributivo⁴.

5.6 TIPOS DE EPS

1. Entidades privadas, solidarias o públicas creadas con el propósito de funcionar como EPS.
 2. El Instituto de Seguros Sociales.
 3. Las empresas solidarias de salud, o sea organizaciones dentro del sector cooperativo que aglutinen usuarios y organicen su funcionamiento como una EPS. (ONG y Comunidad Indígena).
 4. Las entidades que ofrezcan medicina prepagada o seguros de salud y que adopten la naturaleza propia de una EPS.
 5. Las empresas que se formen como EPS y como producto de la asociación o convenio entre las Cajas de compensación Familiar.
- **Administradoras Del Régimen Subsidiado O EPS-S:** Son entidades públicas o privadas creadas como su nombre lo indica, para administrar los recursos del régimen subsidiado en lo pertinente a afiliación. En este sentido tienen las mismas funciones de una EPS.

⁴Tabima G., Diomedes. Programa de Educación Permanente para el Sector de la Salud en Colombia. Págs, 9,10,13,15,16,17,18,23,24,25,27,28,29,30,34,39,40,41

- **Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud IPS:** Es una institución o empresa de salud cuya función primordial es poner al servicio de los usuarios su capacidad técnica, científica y tecnológica para resolver sus problemas de salud. Prestan los servicios en el nivel correspondiente de salud según su capacidad técnica y científica.
- **Empresa Social Del Estado –ESE:** Es una IPS del estado a través de la cual se prestan servicios de salud en forma directa a los usuarios. Pueden ser de I, II, III o IV nivel de atención de acuerdo con su desarrollo tecnológico y su capacidad para resolver problemas de salud. Una ESE es una entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada por la ley, por las ordenanzas o por los acuerdos.
- **Dirección Local O Secretaria De Salud:** Es una institución estatal Municipal que asume la forma de secretaria de despacho del Alcalde o de Instituto descentralizado de orden Municipal y se encarga de hacer realidad el mandato de la descentralización de la salud, porque es el instrumento mediante el cual el Alcalde y el Concejo Municipal ejercen la dirección y el control de la salud en su territorio.

Sus funciones son: procurar la pertenencia de su población al Sistema General de Seguridad Social en Salud porque :

- Dirige y coordina la afiliación de las personas más pobres al régimen subsidiado.

- Vigila y controla que los empresarios afilien a sus trabajadores al régimen contributivo.
- Garantizan la prestación de servicios de salud a la población vinculada.
- Dirige , ejecuta y controla las actividades de salud pública en su territorio mediante la aplicación del plan de atención básica –PAB-:
- Planea, dirige y ejecuta las acciones de promoción de la salud y promoción de la enfermedad contenidas en el PAB.
- Vigila y controla la aplicación de las actividades de promoción de la salud y promoción de las enfermedades contenidas en el POS-C y en el POS-S que deben ser obligatoriamente ejecutadas por las EPS y las EPS-S.
- Vigila y controla los factores de riesgo al ambiente y al consumo.
- Vigila y controla las instituciones prestadoras de servicios de salud en su territorio, en procura de que cumplan con los requisitos mínimos.

CAPITULO II

6. NORMATIVIDAD DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS PARA UNA CORRECTA FACTURACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD ⁵

Definición Proceso de Facturación:

El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que permiten liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud producto de la atención al usuario. Las IPS, como cualquier otra empresa productora de bienes o servicios, deben garantizar su subsistencia mediante la venta de servicios asistenciales. Dadas las características del SGSSS, la IPS debe realizar un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas o pactadas y realizar el cobro a las instancias pertinentes.

Se entiende por **Facturación** en una entidad de salud la realización en forma ágil y oportuna en la liquidación de las cuentas de cada uno de los usuarios que asisten a la Institución con el fin de garantizar los ingresos que le permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la Institución prestadora de salud. También se puede definir como el conjunto de actividades que nos permiten liquidar la prestación de servicios en salud que conlleva la atención al usuario en la IPS respectiva; este proceso se activa con el ingreso del usuario a la Institución.

⁵Leuro Martínez, Mauricio y Fortich Palencia, Fernán Eugenio. Facturación y Cartera por venta de servicios de salud. Pág. 93, capítulo VI. Edición 1ª. 2001.

La facturación tiene dos funciones básicas en una entidad prestadora de servicios de salud: la correcta y oportuna admisión del usuario y el registro de los servicios de atención prestados cobrables en la cuenta.

En el proceso de **admisión** se identifica al usuario: nombre completo, edad, sexo, dirección de residencia, diagnóstico de ingreso, y se identifica al responsable de pagar la cuenta.

En el proceso de facturación se registran y valorizan todos los cargos generados por la atención de los usuarios: hospitalización, exámenes, medicamentos, derechos de sala de cirugía y honorarios, médicos entre otros.

De acuerdo a lo anterior se debe velar por el cumplimiento de la normatividad y cuidar porque se lleve a cabo todo el proceso de manera correcta y oportuna, para que no se produzca una mala atención al usuario por demoras en la información sobre el estado de su cuenta, y para que no se generen retrasos en los cobros y recaudos de la organización.

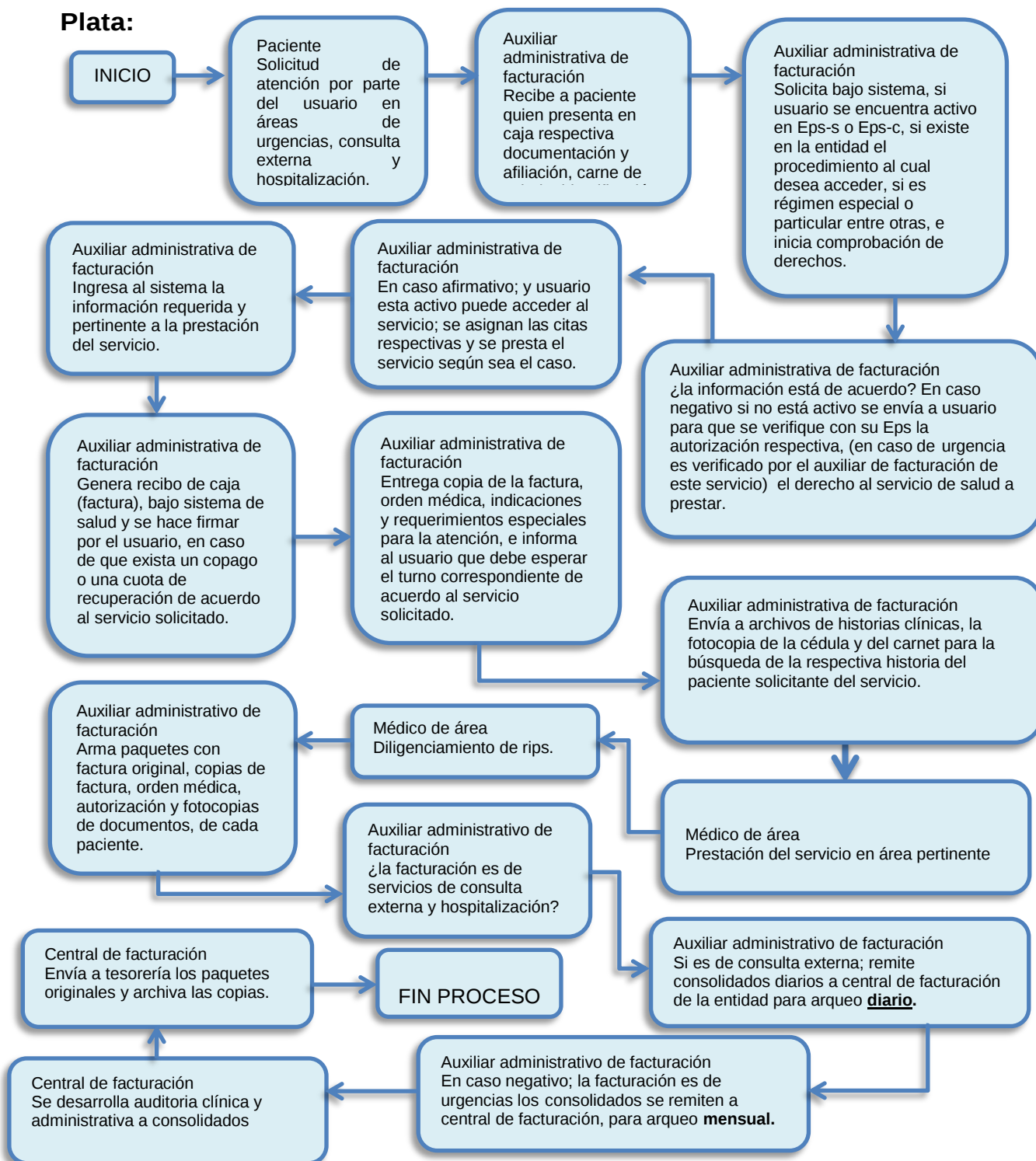
Facturación como Proceso del Sistema Contable:

El área de Facturación está relacionada con el proceso de admisiones; su objetivo básico es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la institución hasta la salida, al tiempo que realiza un registro de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente, para finalmente producir un documento equivalente de cobro o factura de venta de servicios. Esta área debe enviar hacia contabilidad, como mínimo, los siguientes documentos con sus respectivos soportes: Factura o documento de cobro equivalente de venta por

prestación de servicios, nota débito del cliente, nota crédito del cliente.

Etapas del Proceso de Facturación en el Hospital Luis Ablanque de la

Plata:



6.1 REQUISITOS DE LA FACTURAS: Conforme al artículo 617 del Estatuto Tributario señala la obligación de expedir factura de venta y deben hacerlo con el lleno de los requisitos que a continuación se detallan:

- Estar denominada expresamente como factura de venta.
- Indicar los apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
- Indicar los apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
- Indicar la fecha de su expedición.
- Descripción detallada de los servicios prestados
- Valor total de la operación.
- El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- Firmas

6.2 TIPOS DE USUARIOS A FACTURAR

- Los usuarios que realizan pagos en las IPS
- Los vinculados que pagan las cuotas de recuperación
- Los particulares que pagan la totalidad de los servicios recibidos
- Los afiliados al régimen contributivo que cancelan cuotas moderadoras y copagos
- Población víctima de accidentes de tránsito
- Población niños menos de un año, embarazadas, indígenas.

6.3 SOPORTES DE LAS FACTURAS

- **Según el procedimiento ejecutado por el prestador, se debe anexar:**

Remisión, Referencia, Autorización de Servicios, fotocopia del carnet y cedula, Epicrisis, RIPS, hojas de descripción de procedimientos quirúrgicos, hojas de medicamentos, hojas de administración de líquidos, hoja de evolución de Enfermería, informe de procedimientos de apoyo diagnóstico como imagenología, laboratorios; entre otros Listados Estándares de Soportes de Facturas (Anexo Técnico No.5, Resolución 3047 De 2008):

- **Listado Estándar De Soportes De Las Facturas Para El Mecanismo De Pago Por Evento:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización.
- 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.

- **Listado Estándar de soportes de las facturas para el mecanismo de pago por capitación:**

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

- **En El Caso De Recobros Por Parte De Las Entidades Promotoras De Salud Del Régimen Contributivo, Los Soportes de Las Facturas Por Parte Del Prestador De Servicios Serán:**

- 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.

6.4 NORMATIVIDAD DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN LA FACTURACION

Debido a los cambios que se introdujeron con la expedición de la ley 10 de 1990, la ley 100 de 1993, lo expresado en la constitución política del año 2001 y en los Art. 48 y 49 de la constitución de 1991, los cuales son explícitos en cuanto a la obligación del estado de garantizar la seguridad social y la salud.

Sin embargo la ley legisla la seguridad y con ella las diferentes formas del sistema de financiación de las entidades de salud, los cuales han surgido como puntos importantes para los diferentes servicios que prestan las ESE, IPS, ARS, EPS, EPS-S; tales como consulta externa y las áreas de ayudas diagnósticas, la organización de los sistemas de facturación, que son el soporte con el cual se obtienen los dineros para el sostenimiento económico de las entidades de salud.

Como recursos importantes están los programas informativos de ayudas diagnósticas, en lo que puede registrarse cada procedimiento realizado, con su código y valor respectivo, además de la identificación del paciente, su seguridad social, los datos demográficos y los diagnósticos para análisis y toma de decisiones⁶.

Para una correcta facturación se tiene como apoyo la norma y los servicios que se pactan en la contratación y acuerdo con la entidad responsable de pago y la institución.

⁶Ibíd.,Pág.237.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los manuales tarifarios se han basado según el decreto 2423 de 1996, el cual cada año se van actualizando y son los llamados manuales tarifarios SOAT; por su parte, el Instituto de Seguros Sociales en el año 1999 creó el Manual Tarifario ISS el cual también ha servido de referencia para las relaciones contractuales entre

Prestadores de Servicios y Entidades Responsables de Pago. El Manual tarifario ISS 2000 acuerdo número 209 de 1999 (28 de abril). Por el cual se aprueba el “manual de tarifas”, para la compra y venta de servicios de salud.

Con el manual tarifario ISS 2000 se factura teniendo en cuenta las respectivas UVR (unidad de valor relativo), mediante las cuales se obtienen los valores de los servicios profesionales del cirujano, el anestesiólogo y el ayudante, y los demás ítems a tener en cuenta en un servicio hospitalario o ambulatorio.

Manual tarifario SOAT (decreto 2923 de 1996), por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

El manual tarifario SOAT es una clasificación en donde se contemplan el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas de acciones y procedimientos. Se utiliza con fines para ver procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación de acuerdo al SMMLV.

6.5 EFECTIVIDAD DE LA FACTURACION

Del pago de los servicios que se prestan a los asegurados dependen los ingresos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y para ello es necesario facturar el servicio prestado a cada paciente, llegando al mayor nivel de detalles posibles, de tal manera que pueda cobrarse conforme a lo que reconocen las aseguradoras.

Este tema ha sido de especial impacto en las instituciones de salud, pues de lo corrido de la vigencia de la ley, éstas han jugado un papel preponderante en el mercado de salud, en el que los “compradores del servicio” han sido quienes han fijado los precios, dificultando el funcionamiento de las instituciones, agravando por la exigencia de formatos y documentos del Ministerio de la Protección Social en busca de conformar un sistema de información, pero ajenos a lo que normalmente debe diligenciar una institución de salud, encareciendo los costos de operación. A la vez, la facturación que expiden los prestadores no cumple los requisitos establecidos por la ley para que ésta pueda adquirir la categoría de título valor (artículo 619 del código de comercio y artículo 617 del Estatuto Tributario) , y así acceda de manera expedita ante el juez por la vía del proceso ejecutivo⁷.

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 urgencias⁸.

⁷ Ibid. Pág.476.

⁸ Con el objetivo de dar cumplimiento al Decreto 4747 y a la Resolución 3047 de 2008: (glosas y facturación)

Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud:

- **Pago por capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- **Pago por evento:** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.
- **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, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico.

6.6 MODALIDADES DE CONTRATACION

- Contratos de capitation
- Contratos por Evento
- Contratos Mixtos

8. GLOSAS

Según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, una 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; mientras que una **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.

8.1 TIPOS DE GLOSAS

De acuerdo manual único de glosas del anexo técnico No. 6 de la resolución 3047 los tipos de glosas que existen son por: facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura, pertinencia médica.

8.2 CAUSAS DE GLOSAS MÁS FRECUENTES

Glosas por 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 como son los (copagos, cuotas moderadoras, periodos

de carencia, error en la suma de conceptos facturados, usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable, falta firma del prestador de servicios,

usuario corresponde a capitación, recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador, u otros), o cuando se presentan los errores administrativos generados en los procesos de facturación.

Glosas por tarifas: se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados como son derechos de sala, ayudas diagnósticas, procedimiento o actividad, medicamentos, honorarios médicos en procedimientos, recargos no pactados.

Glosas por soportes: se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles, en el caso de medicamentos, examen de laboratorio con resultados, de imágenes y patología actividades o procedimientos médicos, hojas de traslado de ambulancia, lista de precios, orden vencida, entre otras.

Glosas por autorización: aplican glosas por autorizaciones 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 autorizaciones aquellas solicitudes de autorizaciones remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, como son traslados, órdenes o autorizaciones vencidas, profesional que ordena no adscrito, autorizaciones de servicios adicionales, entre otras.

Glosas por cobertura: se consideran glosas por coberturas todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan,

hacer 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 aplica en estancia, consultas interconsultas y visitas médicas, medicamentos, ayudas diagnósticas, servicio no pactado, cobertura sin agotar en la póliza.

Glosas por pertinencia médica. Se consideran glosas por pertinencias todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, incompletos, o por falta de detalles más extensos en la nota médica relacionada con la 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.

Las glosas podrán ser objetadas total o parcialmente dependiendo de la causa de la glosa:

TOTALMENTE, si la causa de la glosa involucra a toda la cuenta e impide la aceptación parcial de los servicios prestados, valor, falla en la identificación o acreditación de derechos del usuario, falta de firma de usuario, etc.

PARCIALMENTE, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la EPS o aseguradora en la obligación de aceptar y reconocer el pago de parte de los servicios facturados.

Este proceso ofrece la oportunidad de evaluar la calidad de los procesos técnico-administrativos y técnico-científicos y de los productos generados en los mismos por parte de la Institución.

Para un adecuado manejo y gestión de las glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante.

8.3 PRESENTACION DE GLOSAS

Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de las glosas, por lo tanto es necesario que en el contrato que se haya estipulado con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como lo está en el Decreto 4747 del 2007.

La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

La empresa prestadora del servicio debe presentar un adecuado procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento. Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor,

debe dejar constancia en el original, consignando su nombre, firma, fecha y hora de recibo. El proceso de este debe ser complementario y llevar un registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas.

(Págs. 221 y 222, Facturación y cartera por venta de servicios de salud, Mauricio Leuro Martínez y Fernán E. Fortich Palencia, 1ª. Edición 2001)⁹.

8.4 CORRECCION O ACLARACION DE GLOSAS

Los funcionarios designados para analizar y hacer el trámite correspondiente a las glosas presentadas deben evaluar si la glosa es o no pertinente, si no lo es, se formula la respuesta sustentando el por qué no procede la glosa; si es pertinente se procede a verificar si la causa de la glosa es subsanable o no, si lo es, se procede a su reparación (completar la información o documentación requerida, realizar las correcciones necesarias o formular las aclaraciones del caso, etc), si no es subsanable se procede a informar la aceptación de la glosa. Se pueden presentar varias opciones en diferentes servicios y un solo usuario con un documento equivalente.

Las correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas deben ser informadas y documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a las entidades contratantes, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta final de la institución.

8.5 EVALUACION DE GLOSAS

Los funcionarios que se estipulen para el análisis y la realización del trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente para proceder a verificar si la causa de la glosa es o no subsanable.

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%.

Subsanable: 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.

Subsanable parcial: aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.

No subsanable: 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%.

Glosa no pertinente: Corresponde a aquélla que no se encuentra adecuadamente justificada por la entidad contratante.

En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo.

Las diferentes correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas de éstas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a la entidad contratante, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la institución.

Registro contable de las glosas no pertinentes y subsanables:

Cuando la entidad contratante acepta la respuesta de rechazo de la glosa por no ser pertinente o, siendo pertinente, la IPS da respuesta oportuna a las objeciones u observaciones.

Omisión en la facturación de servicios.

Cuando la institución omite facturar servicios prestados que se encuentren dentro de lo establecido en el contrato, debe proceder a hacer el reconocimiento y cobro correspondientes por tratarse de un reconocimiento, el registro afecta el ingreso por la prestación de servicios de salud, independientemente del período contable en que se haya presentado la omisión.

8.6 RESPUESTA DE GLOSAS

Todas las glosas generadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables.

Ante las respuestas realizadas a las diferentes glosas debe relacionarse, las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

Todas las glosas presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por las IPS, la aceptación de la totalidad de las glosas presentadas por éstas, no exime a la IPS de la obligación a responder aceptando las glosas presentadas.

La no respuesta a las glosas presentadas, además de ocasionar las sanciones previstas en el Decreto 723/1997, evidencia un vacío administrativo que puede eventualmente aprovechado por las entidades contratantes, en detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la empresa¹⁰.

¹⁰ Leuro Martínez, Mauricio y Fortich Palencia, Fernán Eugenio. Óp. Cit. Pág. 224 y 225

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 este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. 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.

Proceso de las Glosas en el Hospital Luis Ablanque de la Plata:

Este proceso se inicia con la notificación de las objeciones y termina con el registro de aceptación o sustentación de la glosa, cumpliendo los periodos de entrega de facturación a las entidades que contratan el servicio de salud y ellos el plazo de la revisión de las cuentas. Se generan para la empresa algunas observaciones llamadas objeciones a las cuales deben darse una respuesta pronta por las personas responsables.

Pasos:

- EPS envía las glosas y recobros
- Auditor recibe las facturas glosadas o recobros.
- Auditor de Cuentas clasifica las glosas por EPS
- Auditor analiza los motivos de las glosas, determinando su pertinencia, y la evidencia de los soportes
- Auditor da respuesta, y se registran en el formato de respuesta de glosas y recobros utilizado por la institución

- Auditor entrega al área de facturación el archivo de respuestas de glosas, con sus respectivos soportes y facturas en físico para el envío a las EPS
- Auditor Recibe el acta de la respuesta y conciliaciones con las EPS y envía copia al área de cartera.
- Auditor envía al área de cartera las actas de conciliación y respuestas de las glosas, para garantizar el estado real de cartera.
- Fin

9. REGISTRO INDIVIDUAL DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS) ¹¹.

En La Resolución 3374/00 define el **RIPS** como el conjunto de datos que identifican una a una las actividades de salud que se realizan a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

9.1 Utilidad de los RIPS

Los Prestadores Utilizan El Rips Para:

- Soportar el valor cobrado por las actividades de salud prestadas a las personas ante la entidad pagadora de los servicios de salud.
- Informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, per cápita o servicios integrales.
- Conocer las causas que generan la demanda de servicios de salud.

¹¹Rips Resolución 3374 De 2000

Las EPS-S Utilizan El RIPS Para:

- Realizar en forma integral la auditoría de cuentas y la autorización de servicios y pagos.
- Conocer el estado de salud y enfermedad de la población usuaria. Realizar la validación de cuentas de servicios de salud.
- Optimizar la contratación en función a la demanda.
- Apoyar a los procesos administrativos.

Los Entes De Vigilancia Y Control Utilizan El Rips Para:

- Conocer el estado de salud o enfermedad de la población en un área territorial.
- Controlar el gasto en salud. Controlar las acciones de Promoción y Prevención.
- Apoyar el sistema de vigilancia en Salud Pública.
- Realizar el control sobre los servicios de salud cargados a los recursos de oferta.

9.2 Datos De los Rips

Está conformado por 4 clases de datos que se aplican dependiendo del servicio de salud registrado: datos de identificación, datos de servicio, datos del motivo, datos del valor.

Datos De Identificación: Número de documento de identificación civil, Nombres, Apellidos, Edad, Sexo Residencia habitual, cuando se requiera

Datos Del Servicio: Consultas Procedimientos, Urgencia, Hospitalización Administración de medicamentos, Materiales e insumos utilizados en la atención, Suministro de prótesis o sus elementos, traslado de pacientes, honorario de profesionales de la salud.

Datos Del Motivo: Se refieren a las causas que originaron la prestación de los diferentes servicios. En la consulta externa el motivo se establece por la causa y los diagnósticos; en los procedimientos solo debe determinarse el motivo por medio del dato diagnóstico.

Datos Del Valor: Los RIPS están asociados al valor real según el manual tarifario con el cual se estén liquidando las actividades. El valor unitario, es el valor individual de cada servicio. El valor total corresponde a la multiplicación del valor unitario por la cantidad de cada servicio de salud.

CAPITULO III

10. IDENTIFICACION DE LOS DIFERENTES HALLAZGOS EMITIDOS POR EL AREA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DEL DISTRITO DE BUENAVENTURA DURANTE EL AÑO 2014

Estudio de la Investigación

El estudio del presente proyecto es realizado en el departamento del Valle del Cauca, en el Distrito Especial de ciudad de Buenaventura, el cual posee una población de **369.753 habitantes**, con distribución de población 90,4% en el casco urbano y 9,6% rural. El 51,8% de sus habitantes son de sexo femenino y 48,2% del sexo masculino. El 35,85 declara poseer necesidades básicas insatisfechas.

Aquí se ubica el Hospital Luis Ablanque de la Plata (ESE), como IPS de Nivel I y II, institución en la cual se realiza la investigación planteada.

El Hospital Luis Ablanque de la Plata E.S.E. es una entidad que presta servicios de salud de baja, mediana complejidad, se considera como Institución de Referencia para los habitantes que comprende la región pacífica.

El Hospital cuenta con las cuatro especialidades básicas, los 365 días del año como son:

Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Urología, Oftalmología, Psicología, Laboratorio Clínico de baja y mediana complejidad, Imagenología, Terapia Respiratoria.

El Hospital cuenta con los servicios de Urgencias y Consulta Externa en Medicina General, Especializada y Programas.

Recopilación de Datos

Para la realización de este estudio y como fuente primaria de la investigación se utiliza como el elemento la **observación, informes de auditoría**, verificación de la información, iniciando con **una investigación documental** con el fin de obtener información pertinente no para dar una crítica, sino solo poder dar la información y entender la estructura que tiene el proceso de facturación de la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata.

Seguidamente se hace un **estudio explicativo**, puesto que la información brindada por el área de control interno de la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura, va más allá de medir las variables en forma independiente o su relación, sino que están dirigidas a responder por qué ocurre las fallas, cuáles son sus causas, mirando así las relaciones existentes entre variables o categorías, utilizando una metodología cualitativas, ya que los elementos encontrados presentan variación, por tanto no son susceptibles de medición numérica pues se analizará las causas –efectos que se presentan por las fallas en el proceso de facturación generando glosas.

Teniendo en cuenta que través de las perspectivas de formación y aprendizaje es donde debe estar enfocado el proceso de facturación ya que aquí se Identifica la estructura necesaria para la obtención de resultados a corto y largo plazo, y esto se logra con éxito con el aprendizaje y crecimiento en las tres (3) áreas: Personal, sistemas y clima organizacional.

10.1 Informe de Glosas del Hospital Luis Ablanque de la Plata durante el año 2014

El presente informe de área de control interno nos permite evidenciar de manera gráfica los motivos de glosas que se presentan en el Hospital Luis Ablanque de la Plata y que pueden influir en la parte financiera de la Institución.

EPS	TOTAL VALOR DE GLOSAS POR MOTIVOS DE TARIFAS	CANTIDAD DE FACTURAS GLOSAS POR TARIFAS	TOTAL GLOSAS POR MOTIVOS DE SOPORTES	CANTIDAD DE FACTURAS GLOSAS POR SOPORTES	TOTAL VALOR DE GLOSAS POR MOTIVOS DE CAPITACION	CANTIDAD DE FACTURAS GLOSAS POR CAPITACION	MOTIVOS DE GLOSAS EN PORCENTAJES	TOTAL CANTIDAD DE GLOSAS/EPS	TOTAL VALOR EN GLOSAS/EPS
EMSSANAR	\$5,689,287	968			\$59,193,012	593	87%	1561	\$64,882,299
COOSALUD	\$38,632,882	3	\$33,956	2	\$722,516	13	1%	18	\$39,464,954
SECRETARIA DE SALUD	\$195,440	56	\$ 1,480,432	20			4%	76	\$1,675,872
COMEVA	\$92,431	24	\$865,184	52			4%	76	\$957,615
AXA COLPATARIA			\$17,350	1			0%	1	\$17,350
FERROCARRILES			\$942,220	3			0%	3	\$942,220
SALUD TOTAL			\$88,290	1			0%	1	\$88,290
MALLAMAS	\$360,000	11	\$1,206,000	6			1%	17	\$1,566,000
SALUCOP			27000	11			1%	11	\$27,000
ASMETSALUD	\$3,150,000	15	\$ 1,892,400	3			1%	18	\$5,042,400
SURA	14,600	1					0%	1	14,600
TOTAL	\$48,134,640	1078	\$6,552,832	99	\$59,915,528	606	100%	1783	\$114,678,600

Glosas analizadas por EPS durante el año 2014

EPS	CANTIDAD DE FACTURAS GLOSADAS	PORCENTAJE GLOSADO%
EMSSANAR	1.561	87.549%
COOSALUD	16	0.8973%
SECRETARIA	76	4.264%
COOMEVA	76	4.264%
AXA COLPATARIA	1	0.0560%
FERROCARILLES	3	0.1682%
SALUD TOTAL	1	0.0560%
MALLAMAS	12	0.6730%
SALUCOOP	11	0.6169%
ASMETSALUD	18	1.009%
SURA	1	0.0560%
TOTAL DE GLOSAS	1.783	100%

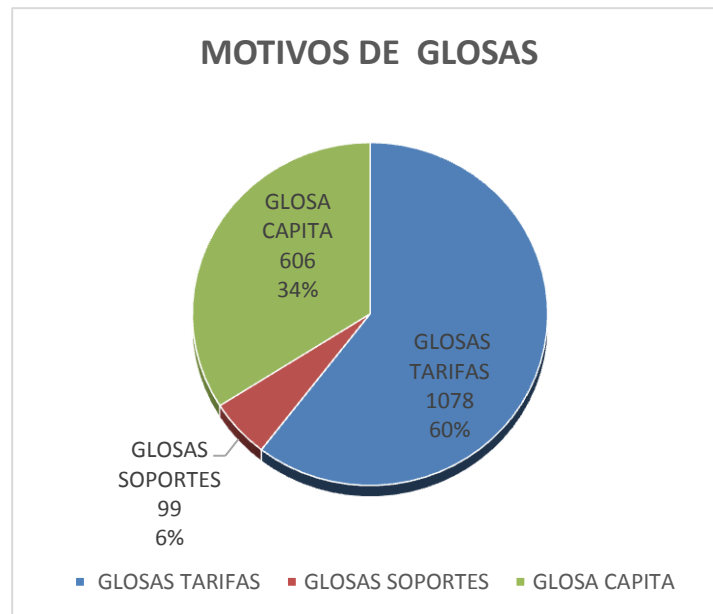
De acuerdo al presente informe de glosas descrito en el **punto 10.1** se puede evidenciar que durante el año 2014 en el Hospital Luis ablanque de la plata se presentaron diferentes tipos de glosa por varios motivos como fueron:

-POR TARIFAS: con un valor total de \$ 48.134.640 (Cuarenta y Ocho millones Ciento Treinta y Cuatro mil Seiscientos Cuarenta Pesos) de las cuales 1.078 facturas fueron glosas con un porcentaje del 60%, ya que existen diferencias en el software (SIFYME) de la entidad al comparar los valores parametrizados con los facturados según contratación con las diferentes EPS.

-**POR SOPORTES:** con un valor total de \$6.552.832 (Seis Millones Quinientos Cincuenta y Dos mil Ochocientos Treinta y Dos pesos) de las cuales 99 facturas fueron glosadas con un porcentaje del 34%, observando la falta de soportes en las facturas según la atención realizada (falta de autorización de servicios, orden vencida, ayuda de diagnósticos realizados).

-**POR FACTURACION (capitación):** con un valor total de \$59.915.528 (Cincuenta y Nueve Millones Novecientos Quince mil Quinientos Veinti Ocho pesos) de las cuales 606 facturas fueron glosadas con un porcentaje del 34%, de los usuarios que fueron atendidos en otras IPS y que están capitación con el Hospital Luis Ablanque de la Plata.

10.1.1 Grafico motivo de Glosas en el año 2014 en el Hospital Luis Ablanque de la Plata Distrito de Buenaventura



Fuente area control Interno –Auditoria

Motivos de Glosas expresados en porcentajes

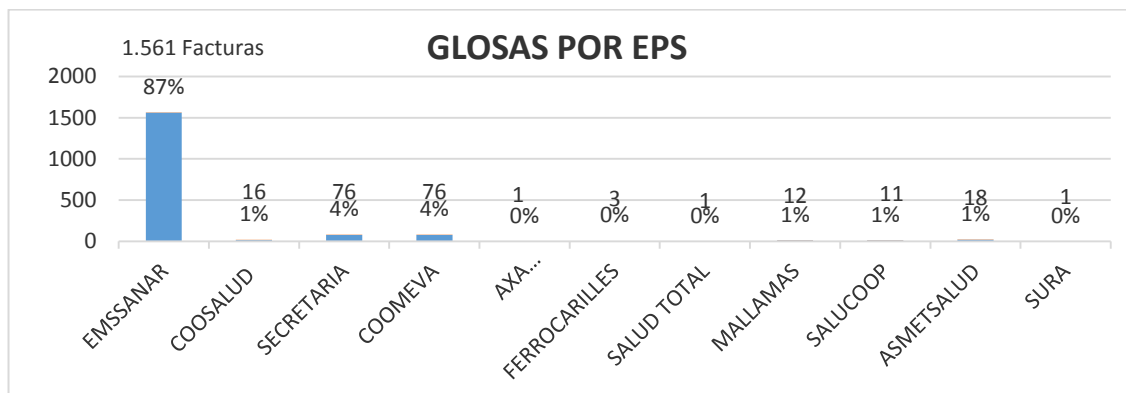
EPS	%TARIFA	TARIFA	%CAPITA	CAPITA	%SOPORTE	SOPORTE
EMSSANAR	54%	968	33%	593		
COOSALUD	0%	3	1%	13	0%	2
SECRETARIA DE SALUD	3%	56			1%	20
COMEVA	1%	24			3%	52
AXA COLPATARIA					0	1
FERROCARRILES					0	3
SALUD TOTAL					0	1
MALLAMAS	1%	11			1%	6
SALUCOP					1%	11
ASMETSALUD	1%	15			0	3
SURA	0	1				
TOTAL	60%	1078	34%	606	6%	99
TOTAL GLOSAS				1783		

En este grafico **101.1** se muestra en un porcentaje los motivos de glosas con mayor incidencia según los tipos de glosas que se presentaron en el Luis Ablaque de la Plata durante el año 2014, siendo el de mayor porcentaje glosado la categoría por **TARIFAS**, con un 60% con un total de 1.078 facturas.

Seguido por un 34% que son los **RECOBROS (cápita)** de las atenciones de urgencias realizadas por otras IPS y que están contratados en la modalidad de capitación con el Hospital Luis Ablanque de la Plata.

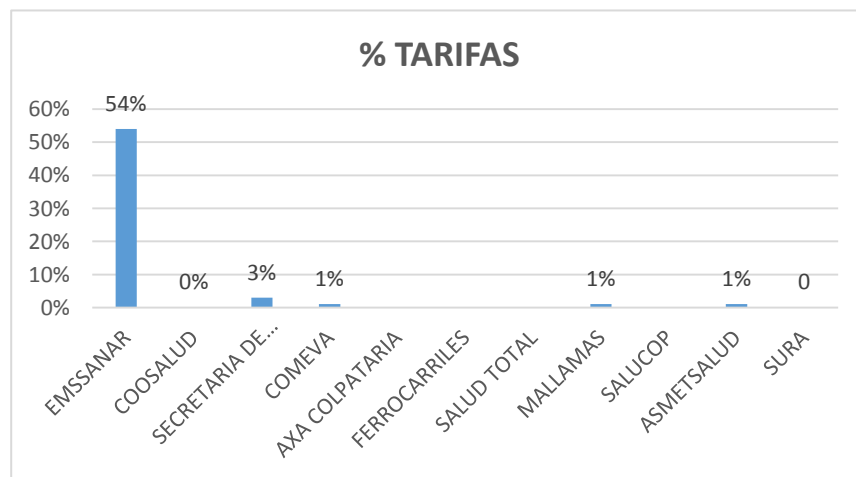
Finalizando con el 6% por motivos de **SOPORTES**, que son la justificación de las actividades realizadas y que deben estar no solo documentadas, si no soportadas en las facturas.

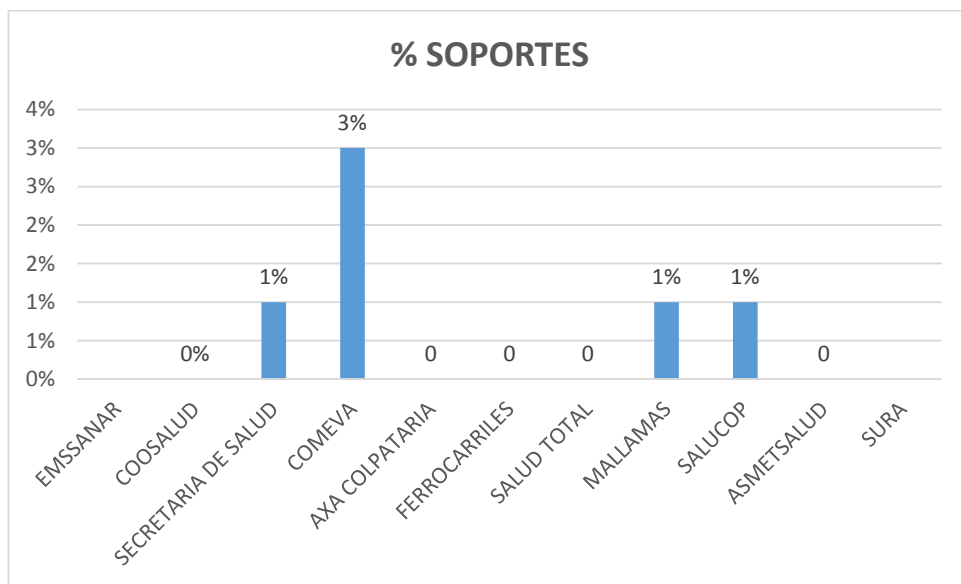
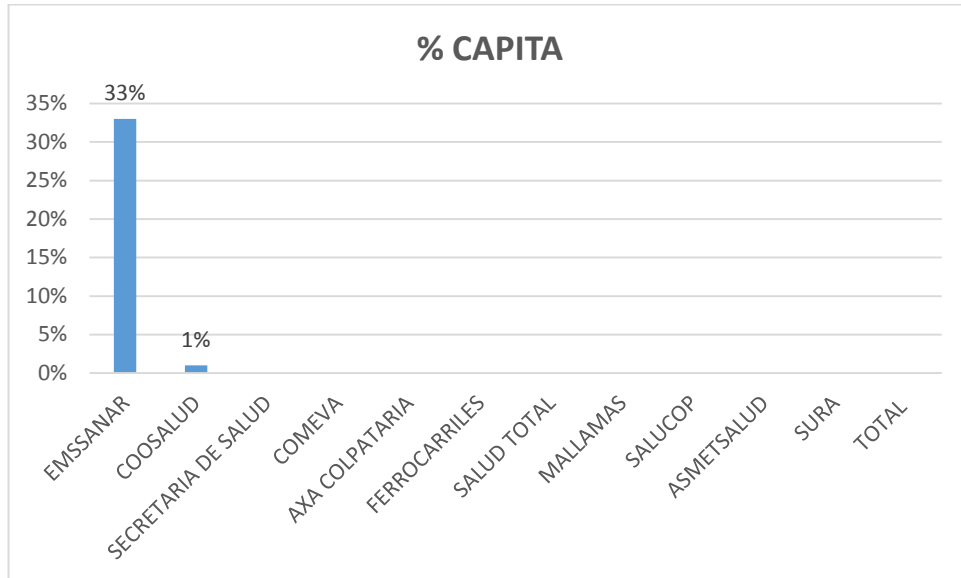
GRAFICO DE GLOSAS POR EPS No. 2



- El grafico No. 2 de glosas analizadas por EPS en el Hospital Luis Ablaque de la Plata durante la vigencia del año 2014, se puede evidenciar que el 87% de las glosas que llegaron al hospital pertenecían a la **EPS EMSANAR**.
- El 13% restantes de las glosas estaban distribuidos en las otras diferentes EPS para obtener un total del 100% de las glosas analizadas.

GRAFICOS POR MOTIVOS DE GLOSAS No. 3





El grafico No. 3 representa en porcentaje los motivos de glosas más frecuentes presentados en el Hospital Luis Ablanque de la Plata:

- **TARIFAS** representa un 54% de las glosas que llegan al área de facturación del Hospital Luis Ablaque de la Plata.
- **CAPITA con un 33 %** (movilidad de los usuarios) la EPS Emssanar el cual son atendidos en otras instituciones y que están contratados por la modalidad de capitación.
- **SOPORTES con un 6% en la EPS COOOMEVA.**

10.1.2 Hallazgos emitidos de acuerdo al informe de glosas presentado por el área de control interno del Hospital Luis Ablaque de la Plata:

Es importante resaltar que el motivo de glosas por **TARIFAS** es el que genera mayor porcentaje de glosas, por lo cual se debe realizar un plan de mejoramiento continuo, orientado, en la parametrización de las tarifas que se contratan con las diferentes EPS, en el software (syfimed) de la entidad, que permita reducir totalmente la presencia de las glosas relacionadas a este.

Se debe verificar que el manual de tarifas que se utilice sea el establecido en el convenio de adscripción. Si se adopta un determinado manual todas las atenciones deben ser liquidadas con dicho manual. Frente a esta imprecisión el procedimiento a seguir es: liquidar nuevamente con el manual que corresponda, se cambia la liquidación poniendo el sello o la firma del responsable de la entidad y dejando como soporte la liquidación individual inicial.

Por lo regular faltan **SOPORTES** del área asistencia para el correcto diligenciamiento de la factura, es decir no se realiza una revisión sistemática y objetiva de cada uno de los soportes que debe llevar la factura, ni se lleva un control de cada facturas antes de ser entregada.

Se debe hacer la verificación de los soportes de las facturas antes de ser enviadas a las diferentes EPS para su respectivo radicación, que permita identificar e intervenir de manera oportuna los errores o faltantes.

Los **RECOBROS** de las atenciones de urgencias realizadas por otros IPS y que están contratadas con la modalidad de capitación con el Hospital Luis Ablanque de la Plata, se debe implementar un programa de socialización con los usuarios de los servicios contratados con las EPS para evitar que los usuarios por desconocimiento de la IPS donde tienen contratados sus servicios lo demanden en IPS diferentes.

Existen usuarios que tienen más de una liquidación individual relacionando los mismos conceptos de una misma atención. En este caso se debe anular una de ellas y dejar una sola liquidación.

Los pacientes enviados a terapia respiratoria no tenían firma de autorización en la orden de remisión.

Medicamentos no corresponden a la cantidad de actividades no acorde con el cuadro clínico y el diagnóstico expuesto en la epicrisis. En el Hospital se encontró que la cantidad medicada no correspondía con la despachada o administrada.

CAPITULO IV

11. PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORAMIENTO CONFORME A LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAS ENCONTRADAS EN EL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DEL DISTRITO DE BUENAVENTURA

De acuerdo con los hallazgos emitidos y el trabajo de campo realizado en la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito de Buenaventura, se presenta la siguiente propuesta que contempla un plan de mejoramiento a un corto, mediano y largo plazo, con el fin de mejorar la eficacia y la eficiencia de la Institución prestadora de servicios:

El plan de mejoramiento está estructurado bajo los siguientes componentes principales:

- 1. Hallazgos, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno**
- 2. Acción**
- 3. Tareas o Actividades**
- 4. Evaluación y Seguimiento**

Estos componentes a su vez están estructurados bajo otros subcompentes los cuales se describen a continuación:

- 1. Hallazgos, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno**

a. Fuente: se basa en la auditoria de control interno, auditoría interna de calidad.

- b. Modalidad de Registro: explica la modalidad que se sugiere como plan de mejoramiento, los avances (Seguimiento) del Plan de Mejoramiento
- c. Numero de consecutivo del hallazgos, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno: Número de orden del hallazgo en el informe (cuando una acción agrupa varias novedades identificadas pueden relacionarse en las celdas los números correspondientes.)
- d. Código de los hallazgos, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno: Corresponde al orden establecido por el auditor en el informe de auditoría según la naturaleza de la novedad.
- e. Unidad – área/ proceso donde se identificó: Corresponde a la unidad y proceso donde se identifica la novedad.
- f. Descripción delos hallazgos, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno: Descripción breve de la novedad reportada.
- g. Causa raíz del hallazgo, novedad, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno: Se debe identificar la causa raíz de acuerdo con metodología de los tres por qué.

h. Efecto: son todas las consecuencias que pueden llegar a generar un riesgo.

2. Acción

- a. Unificación de Acciones que solucionen la misma causa Raíz: Si existen hallazgos, novedades, oportunidades de mejora que se solucionen atendiendo la misma causa raíz.
- b. No. y / o Código de la Acción: Identificación de la Acción acuerdo el código establecido en calidad para tal fin.
- c. Acción de Mejora: Descripción de la acción o decisión que adopta el proceso y/o unidad para subsanar o corregir la situación plasmada en el hallazgo.
- d. Tipo de Acción (ACPM): - Acción correctiva (Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable) Acción Preventiva: (Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable) Acción de Mejora: (Criterio para mejorar un proceso, procedimiento o actividad. Causa: Motivo, fundamento u origen de una acción indeseada).
- e. Objetivo: Refleja el propósito que tiene el cumplir con la acción emprendida para corregir las situaciones que se deriven de las novedades.

- f. No. Tarea: Número de tareas o actividades que se sugieren para realizar.
- g. Descripción de Actividades - (Tareas y/o correcciones): Cada acción debe tener plasmados unos pasos o metas cuantificables que permitan medir su avance y cumplimiento. Se pueden incluir tantas filas como metas o pasos sean necesarios insertando filas por encima de las filas sombreadas

3. Tareas o Actividades

- a. Unidad de Medida (Entregable(s)): En este campo responde a la pregunta ¿Qué producto tangible se espera del resultado? y de las metas que contiene cada acción con el fin de poder medir el grado de avance.
- b. Meta de la tarea: Cantidad de entregables propuestos establecidas para la acción.
- c. Cargo, Área y funcionario responsable de ejecución: Nos responde la siguiente pregunta ¿Quién es responsable de la ejecución de la tarea

1. Autoevaluación : para este caso es la actividad propia del auditor

- a. Avance físico de ejecución de las metas: Número de unidades ejecutadas por cada una de las metas
- b. Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas: Calculo del avance porcentual de la meta dividiendo la ejecución informada en la columna.

- c. Puntaje Logrado por las metas
- d. Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)
- e. Puntaje atribuido metas vencidas
- f. Eficacia de la Acción (W/R)
- g. Efectividad de la acción
- h. Área Responsable de Ejecución
- i. Avance Esperado
- j. Auditor Responsable de último Seguimiento



PLAN DE MEJORAMIENTO

Entidad: **ESE HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DEL DISTRITO DE BUENAVENTURA**

Representante Legal:

Periodo informado: Vigencia 2014

1. Hallazgos, Observación, No conformidad, Oportunidad de Mejora, Recomendación, Control Interno

FUENTE	Control Interno	Control Interno	Control Interno
MODALIDAD DE REGISTRO	Archivo Físico	Archivo Físico	Archivo Físico
NUMERO DE HALLAZGO	2	2	3
CODIGO MANUAL DE GLOSAS	2	1	3
AREA DONDE SE IDENTIFICO	Facturación	Facturación	Facturación
DESCRIPCION DEL HALLAZGO	Se puede establecer que la falla está en la parametrización de las tarifas y del software que la entidad posee para el procesamiento de datos.	Recobros en contratos de capitación por servicios prestados por otro prestador.	Falta de soporte en las atenciones realizadas a los usuarios
CAUSA RAZ DEL HALLAZGO	La causa de este hallazgo es que la empresa no cuenta con un manual tarifario actualizado y abrobado	Atención de urgencias realizadas por otras IPS y que están contratados con la modalidad de capitación con la entidad de salud	Falta de soportes autorizaciones, en las facturación que justifiquen las actividades realizadas a los usuarios
EFEECTO	El efecto que produce esta causa son los cobros de tarifas desactualizados, disminución de recaudos, perdidas asumidas por tarifas.	Aumento de los recobros por los servicios prestados a otras IPS. Diminución de la rentabilidad en la prestación del servicio y disminución en el flujo de caja.	Glosas y disminución de los ingresos en la entidad, cumplimiento de los requisitos legales.

2. Acción

UNIFICACION DE ACCIONES QUE SOLUCIONEN LA CAUSA RAIZ	Se debe implementar un manual tarifario y estandarizado que se encuentre aprobado por el órgano competente	1. Generar una política de control para que las atenciones en otras IPS disminuya 2. Implementar un programa de socialización con los usuarios de los servicios contratados con las EPS para evitar que los usuarios por desconocimiento de la IPS donde tiene contratados sus servicios lo demanden en IPS diferentes	Elaboración de lista de chequeo previo de las facturas antes de ser radicadas
CODIGO DE LA ACCION	1	4	1
ACCION DE MEJORA	Implementación del manual tarifario estandarizado y aprobado	1. Ampliación de infraestructura en el área de urgencias de la entidad 2. validación de los usuarios 3. redireccionamiento por parte del personal médico a los usuarios que tengan la necesidad y busquen la EPS que corresponde. 4. aumento del personal operativo para el cubrimiento de la nueva infraestructura solicitada	1. revisar la entrada y salida del paciente en el software sobre los servicios brindados 2. solicitar y recolectar en la brevedad posible los documentos faltantes al área encargada de acuerdo a la lista de chequeo.
TIPO DE ACCION	Correctiva	correctiva	correctiva
OBJETIVO	1. Actualizar 2. Aprobar 3. Socializar 4. Estandarizar el manual tarifario	1. Gestionar los recursos para la ampliación de la infraestructura del hospital	1. Disminución en la devolución de facturas por este motivo



NUMERO DE TAREAS	3	2	1
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES TAREAS Y/O CORRECCIONES	1. Realizar un estudio de mercadeo de las diferentes tarifas para el cobro de los servicios en las contrataciones. 2. Realizar un análisis financiero con las tarifas ofertadas en el mercado 3. Elaboración del manual tarifario 4. Presentación del manual tarifario para ser aprobado ante la junta directiva de la entidad 5. Actualización del manual tarifario	1. Elaboración del presupuesto para las instalaciones del área de urgencia y contratación del personal operativo pertinente. 2. Presentación y aprobación del presupuesto para su ejecución 3. Retroalimentación al personal operativo y administrativo que interviene en el proceso de atención al usuario	2. Retroalimentación al personal operativo y administrativo que interviene en el proceso de atención al usuario.

3. Tareas o Actividades

UNIDAD DE MEDIDA ENTREGABLE	METAS DE TAREAS	PLAZO EN SEMANA DE METAS	CARGOS Y FUNCIONAMIENTO RESPONSABLE DE EJECUCION
3	100%	Tiempo establecido por los responsables de la ejecución	1. Jefe de mercadeo 2. Departamento financiero y contable. 3. Auditoria 4. Gerencia
1	100%	Tiempo establecido por los responsables de la ejecución	1. Gerencia 2. Junta Directiva
2	100%	Tiempo establecido por los responsables de la ejecución	Jefe de Facturación
1	100%	Tiempo establecido por los responsables de la ejecución	Área financiera Driector Financiero
1	100%	Tiempo establecido por los responsables de la ejecución	Área Financiera Director Cienfico Gerencia
1	100%	Tiempo establecido por los responsables de la ejecución	Area Facturación y control Interno

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA DISMINUCION DE LAS GLOSAS A LA FACTURACION DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA

Hitazo, Observación, Novedad, No Conformidad, Oportunidad de Mejora, Reconversión, Control Interno.										ACCIÓN			TAREAS O ACTIVIDADES				SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Métricas de éxito)									
Fuente	Id. Actividad de Registro	Nombre conceptual del Hitazo, Observación, Novedad, No Conformidad, Oportunidad de Mejora, Reconversión o Control Interno.	CONDICIONANTE UNICO DE LOS DATOS Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES	Unidad - Área / Proceso de trabajo en el establecimiento	Descripción del Hitazo, Observación, Novedad, No Conformidad, Oportunidad de Mejora, Reconversión o Control Interno.	Causa raíz del Hitazo, Observación, Novedad, No Conformidad, Oportunidad de Mejora, Reconversión o Control Interno.	Efecto	Unidad de Acción o que selecciona la información de Hitazo	Acción de Mejora	Tarea de Acción (ACT)	Objetivo	Descripción de Actividades (Tareas y/o acciones)	Unidad de Medida (Estrategable)	Meta de la Tarea	Alcance o cobertura de la actividad	Carga y/o relación entre responsable y la ejecución	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de avance de ejecución de la actividad	Fecha de inicio de la actividad	Fecha de término de la actividad	Fecha de ejecución de la actividad	Fecha de evaluación de la actividad	Área responsable de la ejecución	AVANCE CUMPLIDO	Responsable de la actividad	Observaciones de la actividad
CONTROL INTERNO	ACTIVIDAD 1	1	2	FACTURACION	SE REVISARON LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION Y SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION Y SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	COMO SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	ACTUALIZAR LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	ACTUALIZAR LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1	100%	100%	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION
	ACTIVIDAD 2	2	1	FACTURACION	SE REVISARON LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION Y SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION Y SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	COMO SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	ACTUALIZAR LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	ACTUALIZAR LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1	100%	100%	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	
	ACTIVIDAD 3	3	3	FACTURACION	SE REVISARON LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION Y SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION Y SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	COMO SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	SE ENCONTRARON ERRORES EN LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	ACTUALIZAR LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	ACTUALIZAR LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1	100%	100%	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	1. REVISAR LOS REGISTROS DE LA FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION	

12. CONCLUSIONES

Al terminar esta investigación se observa la importancia de conocer como esta conformado el sistema de seguridad social en salud en Colombia el cual hace parte de nuestra actuaciones diarias durante la atención de los usuarios del sistema de salud, se comenten errores administrativos y jurídicos que impactan en la recuperación de los dineros de las instituciones prestadores de servicios, el desarrollo y la implementación de esta investigación permitirá disminuir las glosas y devoluciones en las facturas derivadas de las misma actuaciones diarias, permitiendo a la Instituciones prestadora de servicios una mayor y mejor recuperación de los dineros invertidos en la prestación de dichos servicios con sus márgenes de rentabilidad, e incluso hacer un control a los demás actores es parte esencial para que el Sistema funcione correctamente.

De acuerdo a los hallazgos emitidos por el área de control interno el mayor porcentaje de glosas se dio por tarifas, seguido por los recobros y autorizaciones, cabe resaltar que es muy importante llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo.

Más allá de estandarizar los procesos de facturación, es pensar que el control de la efectividad debe ser interno y considerarse como instrumento importante en la facturación ya que de esta manera se pueden identificar las fortalezas y debilidades evitando así el riesgo de glosas, asegurando el buen desempeño de los empleados y el mejoramiento continuo garantizando seguridad y confiabilidad en su ejecución, el profesional debe estar muy bien

capacitado en su trabajo administrativo para que lo ejecute de manera apropiada y que conozca la importancia y la repercusión financiera que puede afectar a la empresas donde se desempeña si esto no se realiza adecuadamente.

Cabe resalta la importancia del desarrollo de un plan de mejoramiento ya que permita, la vigilancia seguimiento y control de los factores que afectan el proceso de facturación que conlleven a disminuir los motivos de glosas y se vean reflejados en la rentabilidad financiera del Hospital Luis Ablanque de la Plata, ayudando a mejorar la calidad de los procesos y fortalecimiento de la Institución.

13. RECOMENDACIONES

En el estudio realizado al Hospital Luis Ablanque de la Plata para el periodo año 2014 donde se encontraron hallazgos relevantes por concepto de tarifas, recobros (capitación) y soportes, lo que indica una disminución representativa en sus ingresos por lo tanto se sugiere:

- Elaboración e implementación y actualización del manual tarifario que rigen la norma con las diferentes entidades de salud a contratar.
- Gestionar ampliación de la infraestructura del área de urgencia para que el hospital cubra la población asignada en un 90%.
- Crear un departamento de auditoria médica para la revisión de las mismas y facturación, utilizando cronograma de actividades que permitan conciliar las glosas y así minimizar el riesgo de perder recursos.
- Actualización oportuna del software de la entidad, capacitaciones 100% al personal de admisiones y asistencial por parte de Gerencia y/o coordinador del área de facturación.

- Retroalimentación de los motivos de glosas con las áreas involucradas, actualización de los procesos administrativos y operativos de toda la entidad que incluyan manuales tarifarios, contratación y normatividad vigente.
- Contestar las glosas en los tiempos y normas estipuladas por la ley ya que la omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencian una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución.
- Ampliar la infraestructura de la atención para que el hospital cubra la población asignada en un 90% y evitar su reubicación en servicios externos.

BIBLIOGRAFÍA

Mauricio Leuro Martínez y Fernán E. Fortich Palencia, 1ª. Edición 2001; Págs. 221 y 222, Facturación y cartera por venta de servicios de salud.

Tabina G., Diomedes. Programa de Educación Permanente para el Sector de la salud en Colombia. Págs. 9,10,13,15,16,17,18,23,24,25,27,28,29,30,34.

LEY 1122 De 2007

DECRETO 4747 De 2007

RESOLUCIÓN 3047 De 2008

DECRETO 723/1997

Leuro Martínez, Mauricio y Fortich Palencia, Fernán Eugenio; Pág. 224 y 225.

RIPS, Resolución 3374 De 2000.

CONSTITUCION POLITICA, Art. 492 y 363

LEY 1231 de 2008.

[HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO](https://www.minsalud.gov.co)

CONCEPTO 2-2012-013557 DE 5 DE MARZO DE 2012

LEY 1438 De2011

FUENTES DE INFORMACION oficina de Facturación y control Interno de la ESE,
Hospital Luis Ablanque de la Plata.