

MANUAL DE CUENTAS MEDICAS



Maicao, La Guajira

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	2 de 32		

CONTENIDO

1. GLOSARIO	3
2. OBJETIVO GENERAL	5
3. ALCANCE.....	5
4. MARCO LEGAL	6
5. CUENTAS MÉDICAS	8
5.1 POLÍTICAS GENERALES	8
5.2 POLÍTICAS PARA LA RECEPCIÓN, RADICACIÓN Y REGISTRO DE FACTURAS.....	9
5.3 REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	11
5.3.1 FACTURAS.....	11
5.3.2 CUENTAS DE COBRO	11
5.4 SOPORTES PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.....	12
5.5 POLÍTICAS PARA DEVOLUCIONES.....	12
5.6 CAUSALES DE DEVOLUCIÓN.....	13
5.7 PROCESO DE DEVOLUCIONES	13
5.8 POLÍTICAS AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS Y CONCILIACIÓN DE GLOSAS	14
5.9 REGISTRO DE GLOSAS.....	15
5.10 TÉRMINOS PARA TRÁMITES DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS	16
5.11 PROCESO DE CONCILIACIÓN	17
5.12 REINTEGRO DE RECURSOS POR INCUMPLIMIENTO	18
6. MATERIALES NECESARIOS	18
7. ENTRADAS	19
8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	19
9. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTOS PROCESOS	25
10. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN.....	25
11. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS.....	26
12. INDICADORES	26
13. FLUJOGRAMA	28
14. CONTROL DE CAMBIOS.....	31

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	3 de 32		

1. GLOSARIO

- **Autorización:** Documento generado por la EPSI Anas Wayuu para aprobación de los servicios solicitados mediante la orden médica.
- **Afiliado:** Persona que, inscrita previamente en los registros de la EPSI, adquiere la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado y Contributivo.
- **Atención inicial de urgencias:** Prestación del servicio médico básico desde la evaluación hasta la estabilización, diagnóstico de impresión y definición de conducta.
- **Contrato:** Acuerdo de voluntades celebrado entre dos partes, a través del cual se contraen obligaciones reciprocas que consisten en dar, hacer o no hacer una cosa (bien o servicio).
- **Contrato de Prestación de servicios de Salud:** Acuerdos de voluntades que celebran las Entidades responsables del pago de los servicios de salud (EPS) con los prestadores de servicios de salud para la atención en salud de la población a su cargo mediante modalidades de pago como: capitación, paquetes, evento, pago global prospectivo, entre otras.
- **Devolución:** No conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por EPSI Anas Wayuu 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 establecidos en la resolución 3047 del 2008 Anexo Técnico No. 5 Soportes de Factura, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado.
- **Empresas Administradoras de planes de beneficios (EAPB):** Son consideradas como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- **Factura o Cuenta de Cobro:** Documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a la EPSI Anas Wayuu responsable del pago

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	4 de 32		

de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados a los afiliados que cumple con los exigidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

- **Factura Electrónica:** Documento digital de índole fiscal: se expide y se recibe en formato electrónico estando condicionado a su destinatario.
- **Glosa:** No conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la EPSI Anas Wayuu durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
- **Pago por capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se establece por afiliado a partir de un grupo de servicios preestablecido, constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de afiliados por un periodo de tiempo determinado.
- **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 periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud con unas tarifas pactadas previamente.
- **Paquetes:** Modalidad mediante el cual se paga 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. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.
- **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:** Conjunto de servicios y tecnologías descritas en el acto administrativo que se constituye como mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y Plan de Beneficios en Salud.
- **Presupuesto Global Prospectivo (PGP):** Suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de unos o varios servicios agrupados durante

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	5 de 32		

un período de tiempo determinado en busca de uso eficiente de los recursos y el control de costos en el corto y en el largo plazo.

- **Supervisor:** Funcionario(a) designado(a) por la entidad contratante para el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico del cumplimiento del objeto y obligaciones emanadas de los acuerdos de voluntades.
- **Respuesta a glosas y devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la EPSI Anas Wayuu.
- **Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados conforme a lo establecido por el inciso 7o del artículo 2o del Decreto 1011 de 2006, el anexo técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 y el Literal a, artículo 3o Decreto 4747 de 2007, a Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Los Profesionales Independientes de Salud, Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, Los Prestadores de servicios con objeto social diferente.
- **Unidad de Pago por Capitalización (UPC):** Valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer las políticas, lineamientos y procedimientos requeridos para la gestión de cuentas médicas de la EPSI Anas Wayuu, en procura de asegurar el pago oportuno por la prestación de servicios de salud conforme a la normatividad vigente.

3. ALCANCE

Inicia con la radicación y gestión de cuentas médicas por la prestación de servicios de salud, conciliación de glosas, cuyo producto resultante, acta de cuentas, es direccionado a los procesos administrativos y financieros para su pago total, conciliación de diferencias de saldos cuando el pago se realizó parcialmente o la devolución de la factura.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	6 de 32		

4. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCIÓN
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Decreto 441 de 2022	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.
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.
Decreto 1281 de 2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.
Resolución 042 de 2020	Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	7 de 32		

Resolución 1885 del 2018	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2292 de 2015	Por la cual se crea el Comité Técnico de Direccionamiento del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
Resolución 5269 del 2017	Por la cual se actualiza integralmente el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 416 de 2009	Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismo de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Resolución 14465 de 2007	Por medio de la cual se establecen las características y contenido técnico de la factura electrónica y de las notas crédito y otros aspectos relacionados con esta modalidad de facturación y se adecúa el sistema técnico de control.
Resolución 951 de 2002	Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
Circular 016 del 2018	Difusión de modificaciones y ajustes al plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), actualizado integralmente mediante resolución 5269 de 2017.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	8 de 32		

Circular 16 de 2015	Prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos.
Circular 016 de 2014	Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos por leyes especiales.
Acuerdo 260 de 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Código de Comercio Artículo 774	Requisitos adicionales de la factura cambiara de compraventa.
Decreto 3260 de 2004	Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. CUENTAS MÉDICAS

5.1 POLÍTICAS GENERALES

Cumplir con las políticas y requisitos establecidos en el manual de cuentas médicas con relación a la recepción, radicación, registro, gestión de auditoría cuentas médicas, trámite de glosas y conciliación de las mismas en atención a la normatividad vigente.

Toda factura recibida tendrá un ID único de radicación en el sistema de información de Cuentas Médicas de Anas Wayuu EPSI.

La EPSI da aplicabilidad a lo descrito en el artículo 113 de la Resolución 2808 de 2022 donde se establecen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC. “Concurrencia de servicios y tecnologías de salud, a cargo de otras fuentes de financiación. Cuando se identifiquen casos de financiación parcial o total, por accidentes de trabajo y enfermedad laboral, eventos catastróficos y accidentes de tránsito, Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y en general, con los contenidos financiados con otras fuentes, el servicio o tecnología de salud deberá ser asumido por dichas fuentes de financiación, de conformidad con la normatividad vigente”.

La EPSI aplica en todos los casos los principios de transparencia, reserva y confidencialidad en el procesamiento de la información suministrada por prestadores de servicios de salud, proveedores de medicamentos y suministros médicos.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	9 de 32		

Suministrar a los procesos de la Dirección Administrativa y Financiera información de la gestión de auditoría de cuentas médicas con calidad y confiabilidad.

5.2 POLÍTICAS PARA LA RECEPCIÓN, RADICACIÓN Y REGISTRO DE FACTURAS

Hacer uso de los mecanismos y adaptaciones dispuestos en el sistema de información de la EPSI para la radicación de facturas electrónicas y soportes digitalizados exigidos acorde a la normatividad vigente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores deben cumplir al momento de la radicación con la totalidad de los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), así como los descritos dentro de la Resolución 3047 de 2008 respecto a los soportes para la presentación de facturas y demás normas que las reglamenten, complementen, sustituyan o modifiquen.

Las Instituciones de servicios de Salud y proveedores deberán presentar de forma consistente, verificable y veraz la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), por medio de archivo plano y mediante el uso de la plataforma dispuesta por la EPSI Anas Wayuu.

Las facturas o cuentas de cobro deben ser electrónicas, la impresión si se presenta en forma física debe ser completamente legible, sin tachones o enmendaduras y presentadas en original y dos (2) copias detallando el periodo de cobro con los soportes normativos correspondientes.

Los Prestadores de Servicios de Salud y proveedores de tecnologías y medicamentos con los que se tiene suscrito convenio deberán cumplir con los procesos implementados por la EPSI para autorizaciones en los términos normativos vigentes contenidos en los servicios y tecnologías en salud financiados con UPC (PBS) y el respectivo direccionamiento en los casos de tecnologías no incluidas (MIPRES). Según cada caso, presentará las facturas de forma independiente de los servicios prestados.

Las facturas o cuentas de cobro por el Régimen Subsidiado o movilidad deben presentarse en forma independiente.

La recepción de la factura o cuenta de cobro por parte de la EPSI Anas Wayuu no implica la aceptación de la misma. En el caso en que la factura no cuente con todos los soportes

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	10 de 32		

normativos y contractuales, será devuelta.

En el soporte detalle de cargos en facturas de varios usuarios, debe venir la relación discriminada de la atención, indicando por cada usuario, autorización, servicio, cantidad, valor y recaudo de copagos y cuotas moderadoras. Los prestadores deben discriminar y descontar de la factura el valor recaudado por concepto copagos y cuotas moderadoras cancelados por el usuario.

La suma de cada servicio relacionado en el detalle de cargos de la factura debe coincidir exactamente con el valor bruto de la carátula de la factura.

La fecha de emisión de la factura debe corresponder al año en curso, con excepción de facturas que han sido recibidas y devueltas en periodos anteriores y que cuentan con un ID de radicación en el sistema de información de la EPSI.

El único punto autorizado para la recepción de facturas o cuentas de cobro en físico se encuentra en la sede principal de la EPSI Anas Wayuu ubicada en la Carrera 16 No. 16-31, en el municipio de Maicao, La Guajira. Se recomienda que los documentos entregables se encuentren foliados y organizados por factura en el lote a radicar. Horario de atención dispuesto para radicación de facturas lunes a jueves 7am a 12pm – 2 pm a 6 pm, viernes de 7am a 12 pm – 2 pm a 4 pm. El corte contable realizado por la EPSI es todos los días de lunes a viernes a las 4 pm, las facturas radicadas fuera del horario establecido tendrán como fecha de radicación el día hábil siguiente.

El correo de contacto dispuesto por la EPSI para información relacionada con radicación de facturas es radicación@epsianaswayuu.com.

El correo dispuesto por la EPSI para la recepción de facturación electrónica es 839000495@factureinbox.co.

Para los contratos prospectivos (Capitados, Pago Global Prospectivo, Paquete) es necesario además de la factura o documento equivalente, los registros de prestación de servicios que soportan la evaluación y el cumplimiento de actividades según nota técnica acordada entre las partes. Durante la radicación de los mismos se validará la consistencia de estos.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	11 de 32		

En servicios contratados y/o prestados por actividad o evento es necesario la verificación del nombre, identificación y firma de quien recibió el servicio, especificar valor del copago si es el caso, valor bruto, valor total y descuentos. En cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.

En los casos de atención inicial de urgencias, la Institución Prestadora de Servicios de Salud solicitará al afiliado el documento de Identidad y/o el carnet de afiliación sin necesidad tomar fotocopia de este. Adjuntará al momento de la radicación de la factura, solo los documentos requeridos normativamente.

5.3 REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

5.3.1 FACTURAS

- Estar denominada expresamente como factura electrónica.
- Apellidos y nombre o razón social y NIT del Prestador.
- Apellidos y nombre e identificación de quien adquirió los bienes o servicios.
- Discriminación del IVA pagado.
- Llevar un número de Consecutivo.
- Fecha de su expedición.
- Relación y/ o Descripción específica de los bienes o servicios prestados.
- Valor total de la Factura.
- El nombre o razón social y el número de identificación del facturador.
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.

5.3.2 CUENTAS DE COBRO

- Estar denominada expresamente como cuentas de cobro.
- Apellidos y nombre o razón y NIT del Prestador.
- Apellidos y nombre e identificación de quien adquirió los bienes o servicios.
- Llevar un número de Consecutivo.
- Fecha de la operación.
- Concepto.
- Valor total a cobrar.
- Dirección y teléfono del prestador.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	12 de 32		

5.4 SOPORTES PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

- Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) en medio magnético validados a través de la plataforma dispuesta por la EPSI Anas Wayuu.
- Autorización original de Servicios y Tecnologías financiados con recursos de la UPC en salud (Plan de Beneficios en salud – PBS) para los servicios contratados porevento o actividad.
- Fotocopia del carnet y documento de identificación del usuario que recibió el servicio.
- Resultados de exámenes de laboratorio, imagenología, laboratorios y anatomopatológicos.
- Epicrisis o resumen de Historia Clínica.
- Descripción Quirúrgica y hoja de consumo en salas de cirugía para procedimientos quirúrgicos.
- Hoja de droga o administración de medicamentos.
- Para medicamentos No financiados con recursos de la UPC (MIPRES), anexar formulario diligenciado, fórmula del médico tratante con firma y registro médico.
- Prueba confirmatoria para los usuarios con diagnóstico de VIH positivo y estudios para la confirmación diagnóstica de cáncer.
- Historia Clínica completa. En caso de atenciones en UCI se debe enviar evolución diaria y en forma separada a la atención hospitalaria en piso.
- Relación de pacientes identificando nombre completo, documento de identificación, servicio.
- Cantidad, tarifa y cuotas moderadoras o copagos.

5.5 POLÍTICAS PARA DEVOLUCIONES

Las facturas o cuentas de cobro que no cumplan con los respectivos requisitos de radicación establecidos deberán ser devueltas el mismo día de recepción, y máximo

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	13 de 32		

dentro de los cinco (5) días después de recibidas, informando las causales de devolución en concordancia con las establecidas en la resolución 3047 del 2008 anexo técnico N° 6.

No se realizan recepciones parciales de las facturas, se recibirán las cuentas médicas una a una y en caso que estén incompletas o no coincidan con el RIPS se realizará la correspondiente devolución.

El reingreso de las cuentas médicas devueltas con las causales de devolución subsanadas será realizado como una nueva recepción.

5.6 CAUSALES DE DEVOLUCIÓN

Quien audite aplicará las causales de devolución de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008, así:

RESPUESTAS A GLOSAS Y DEVOLUCIONES		
9	96	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	97	Usuario retirado o moroso
	98	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	99	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
8	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
	50	Factura ya cancelada

5.7 PROCESO DE DEVOLUCIONES

Cuando se realice la devolución de una factura esta debe enviarse al Prestador de servicios de Salud mediante oficio el cual deberá contener un consecutivo y se debe llevar el registro de las facturas devueltas como mecanismo de control en una base de datos que contenga:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	14 de 32		

- Nombre de la IPS.
- Fecha de recepción.
- Motivo de la devolución.
- Numero de consecutivo de oficio de devolución.
- Valor de devolución.
- Nombre del empleado que realiza la devolución.
- Numero de Facturas.
- Fecha de entrega de la devolución al área de Correspondencia o empresa de mensajería.

Para la aceptación de la Factura devuelta la IPS deberá radicar nuevamente la factura adjuntando los requisitos solicitados según el motivo de la devolución.

5.8 POLÍTICAS AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS Y CONCILIACIÓN DE GLOSAS

El proceso de auditoría de cuentas médicas y conciliación de glosas de la EPSI Anas Wayuu se encuentra centralizado en la sede principal en el municipio de Maicao, La Guajira. Los prestadores deben hacer uso de las herramientas dispuestas en nuestro sistema de información para dar respuesta a las no conformidades y glosas formuladas. Mantener actualizado su usuario y los datos de contacto, así como el correo electrónico para notificación y respuesta de glosas. La glosa será notificada al correo corporativo suministrado en el contrato.

Los registros de auditoría concurrente en el sistema de información de la EPSI y sus observaciones relacionadas con cobertura, autorización y pertinencia dados a conocer al prestador en el su momento son insumos válidos para la gestión de auditoría de cuentas médicas y glosas.

Las observaciones registradas en el sistema de información de la EPSI a través del proceso de autorizaciones, referencia y contrarreferencia se convierten en insumos para la auditoría retrospectiva de cuentas médicas.

La aplicación de glosas y devoluciones a las cuentas médicas presentadas por las IPS se rige según lo establecido en el Decreto 441 de 2022, Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social y las condiciones convenidas con la red de prestadores.

La EPSI acepta una única respuesta integral a la glosa, la cual debe dar respuesta a las causales interpuestas. El sistema de información de la EPSI en caso de extemporaneidad

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	15 de 32		

en la respuesta por parte de la institución prestadora de servicios enviará notificación y se ratificará la glosa formulada.

La EPSI no realiza conciliaciones sobre devoluciones de cuentas médicas.

Para efectos de la conciliación, es requisito que la persona que representa a la IPS sea el Representante Legal o el Gerente quien debe presentar el documento que certifica tal calidad. Si quien asiste a la reunión de conciliación es una persona diferente, esta debe presentar una carta autenticada en la cual el Representante Legal le otorgue el poder para representar a la IPS.

En caso de presentarse novedades en lo concerniente a auditoría de cuentas médicas en los que se requieran planes de mejoramiento, estos deben ser informados al supervisor de contrato designado para que este solicite al Prestador de Servicios de Salud implementar los correctivos necesarios.

5.9 REGISTRO DE GLOSAS

Una vez revisada la factura o cuenta de cobro por la Auditoria de Cuentas Médicas y presente motivos de glosas acorde a los dispuesto en la Resolución 3047 de 2008, se registrará en el sistema de información SGA-Módulo Cuentas Médicas y se notificará al prestador, para su debida respuesta y trámite posterior.

CÓDIGO	CONCEPTO GENERAL	APLICACIÓN
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	16 de 32		

3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

5.10 TÉRMINOS PARA TRÁMITES DE CONCILIACIÓN DE GLOSAS

La EPSI Anas Wayuu responsable del pago de servicios de salud, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación de la factura con todos sus soportes, formulará y comunicará a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. 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 la EPSI Anas Wayuu, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	17 de 32		

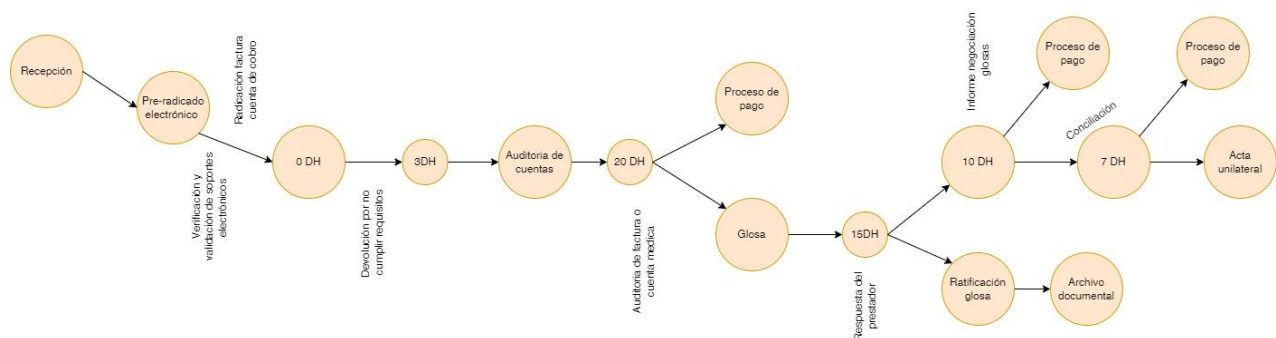
Si transcurridos los plazos previstos en el artículo [57](#) de la Ley [1438](#) de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas, serán aceptadas de forma tácita.

La EPSI Anas Wayuu, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y remitir las facturas enviadas nuevamente a la EPSI Anas Wayuu.

El periodo de trámite de las mismas se desarrolla siguiendo el siguiente diagrama Temporal:

DIAGRAMA TEMPORAL DE GLOSAS



Fuente: Basado en lo descrito en la Resolución 3047 del 2008, en el anexo técnico no. 6; Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas

5.11 PROCESO DE CONCILIACIÓN

Cuando el Prestador de Servicios de Salud no acepte las glosas realizadas por la EPSI Anas Wayuu, se debe iniciar el proceso de conciliación, levantando un Acta de conciliación en el formato dispuesto, en el sistema SGA donde se puede identificar la gestión realizada y los valores acordados por cada una de las partes.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	18 de 32		

Para el reconocimiento de los valores conciliados el Prestador de Servicios de Salud deberá adjuntar los siguientes requisitos:

- Acta de conciliación.
- Glosa emitida por Anas Wayuu.
- Copia de factura de Glosa Parcial.
- Factura Original para la Glosa Total.
- Soportes de las atenciones y eventos aceptados por ANAS WAYUU tanto de las glosas como de los recobros.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente serán cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

5.12 REINTEGRO DE RECURSOS POR INCUMPLIMIENTO

Los contratos o los acuerdos de voluntades que incluyan modalidades de pago prospectivas (Capitado y PGP), para cualquier tipo de complejidad, en los que producto de su seguimiento realizado por las diferentes Direcciones encargadas, se determine el incumplimiento de forma injustificada de las disposiciones normativas pactadas contractualmente, previa revisión y conocimiento por parte del prestador implicado, serán informadas a la Dirección Administrativa y Financiera para la aplicación de los respectivos ajustes contables, descuentos y/o deducciones pertinentes, según sea el caso.

6. MATERIALES NECESARIOS

- ✓ Oficinas administrativas al interior de la entidad.
- ✓ Muebles de oficina.
- ✓ Herramientas de oficina (grapadora, saca grapas, perforadora, entre otros).
- ✓ Teléfono o celular.
- ✓ Archivadores.
- ✓ Computadores.
- ✓ Aplicaciones de apoyo.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	19 de 32		

- ✓ Internet.
- ✓ Conexiones periféricas.
- ✓ Impresora.
- ✓ Papelería (hojas, notas adhesivas, bloc de notas, agenda, entre otros).

7. ENTRADAS

- ✓ Factura.
- ✓ Cuenta de Cobro.
- ✓ Contratos de Prestación de Servicios de Salud y anexos técnicos.
- ✓ Manuales Tarifarios SOAT, ISS y/o Institucionales.
- ✓ Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- ✓ Soportes de la Prestación de servicios de Salud.
- ✓ Registro de Auditoria Concurrente en la Plataforma.
- ✓ Respuesta de Glosa.
- ✓ Informe de seguimiento e indicadores de Gestión y evaluación Nota Técnica a lared prestadora: Pago Global Prospectivo y Capitado.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

N.º	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTRO
1.	Pre- radicado, verificación de RIPS y soportes virtuales de la historia clínica, cargados por los prestadores al sistema SGA, en caso de presentar inconsistencia en los soportes, se realiza devolución.	Técnico y Asistente en Radicación	Registro en el sistema de información
1.1	Recibir las facturas o cuentas de cobro enviadas por los prestadores de servicios de salud.	Técnico y Asistente en Radicación	Recibido de la cuenta médica
2.		Técnico y Asistente en Radicación	Ingreso en el registro de RIPS

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	20 de 32		

	Revisión de validación de los RIPS y de los requisitos establecidos en las políticas y normas.		sistema de información
3.	Puntea frente a relación las facturas presentadas por la IPS si presenta alguna relación.	Técnico y Asistente en Radicación	Revisión de la relación
4.	Revisión de la factura electrónica o cuenta de cobro teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad vigente.	Técnico y Asistente en Radicación	Registro en el sistema de información
4.1	Las facturas que no cumplen con los requisitos mencionados son devueltas inmediatamente a los prestadores de servicios de Salud.	Técnico y Asistente en Radicación	Comunicación al prestador o devolución escrita
5.	Si las facturas cumplen con todos los requisitos se estampa en la factura física o cuenta de cobro, el Sticker que contiene el número de lote, factura, fecha de recibido, número de ejemplares, fecha y hora de recibido.	Técnico y Asistente en Radicación	Radicación-Sticker
6.	Se entrega copia de la factura o cuenta de cobro recibida al representante del prestador de servicios de Salud o remite por mensajería copia.	Técnico y Asistente en Radicación	Copia de la factura o cuenta de cobro
7.	Se realiza una clasificación de las cuentas o facturas según el tipo de Cuenta (por capitación, evento, alto costo, conciliación, respuesta a glosa, recobro).	Técnico y Asistente en Radicación	Clasificación de las facturas y cuentas de cobro
8.	Se Ingresa al sistema mediante la herramienta diseñada para la radicación de facturas.	Técnico y Asistente en Radicación	Registro ID factura
9.	Genera por medio del software la relación de facturas enviadas a Auditoria de Cuentas.	Técnico y Asistente en Radicación	Relación de facturación

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	21 de 32		

10.	Asignación al Auditor de cuentas Médicas.	Técnico y Asistente en Radicación	Registro en sistema
11.	¿Corresponde a contrato en la modalidad de cápita o PGP (Baja complejidad)? Si: Pasar a la actividad No. 11.1 No: Pasar a la actividad No. 12	Técnico y Asistente en Radicación	Registro en sistema
11.1	Auditaría y evaluación realizada por DGR. Generación de informe de auditoría y se notifica a DAU. Pasar a la actividad No. 13	Jefes P&M, Programas Institucionales y/o Salud Publica según corresponda y/o técnico de cuentas medicas	Registro en sistema
12.	Analiza la factura o cuenta de cobro, soportes y RIPS confrontado con lo pactado en tarifas, servicios y a su vez con Auditoria de Concurrencia de los servicios de hospitalización verificando las objeciones encontradas de conformidad a lo establecido como causales de glosas. Para los contratos de Capita y PGP dicho análisis se realizará a partir de la información suministrada por las diferentes direcciones en los informes de seguimiento e indicadores de Gestión y evaluación Nota Técnica a la red prestadora: Pago Global Prospectivo y Capitado.	Auditor, líder y/o técnico de cuentas medicas	Estados de la Facturación en sistema de información
13.	Se realizan las Glosas y/o deducciones a que haya lugar.	Auditor, líder y/o técnico de cuentas medicas	Informe de glosas por lote / Informe de

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	22 de 32		

			deducciones por incumplimiento
14.	Realizar informe de las glosas y/o deducciones generadas por lote o cuenta.	Auditor, líder y/o técnico de cuentas medicas	Informe de glosas por lote / Informe de deducciones por incumplimiento
15.	Comunicar al Prestador de Servicios de Salud con el informe de las glosas y/o deducciones.	Auditor, líder y/o técnico de cuentas medicas	Oficio de Comunicación de Glosa y/o deducciones
16.	¿Se recibió respuesta del prestador respecto al informe de glosas y/o deducciones en los términos establecidos? Si: Pasar a la actividad 19 No: Pasar a la actividad 17	Auditor de conciliación y/o técnico de cuentas medicas	Informe de los prestadores pendientes por conciliar
17.	Realizar informe de ratificación de glosa con el acta unilateral por vencimiento de termino.	Auditor de conciliación y/o técnico de cuentas medicas	Acta Unilateral
18.	Archivar el expediente de glosas con vencimiento de termino.	Asistente de cuentas medicas	Acta Unilateral
19.	Realizar informe de negociación de glosas teniendo en cuenta la respuesta generada por el prestador.	Auditor de conciliación y/o técnico de cuentas médicas, Jefes P&M, Programas Institucionales y/o Salud Publica según corresponda	Informe de negociación de glosas
20.	¿Se decide levantar total o parcialmente las glosas?	Auditor de conciliación y/o técnico de	Informe de negociación de glosas

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	23 de 32		

	Si: Enviar a proceso de pago (Contabilidad) No: Pasar a la actividad No. 21	cuentas medicas, Jefes P&M, Programas Institucionales y/o Salud Publica según corresponda	
21.	Organizar y programar Cronograma de conciliación de glosas.	Coordinador de cuentas medicas	Cronograma de Conciliación de Glosas
22.	Citar a los prestadores de servicios de Salud para conciliación de Glosas.	Asistente de cuentas medicas	Oficio de Citación
23.	Reunirse con los prestadores de servicios de Salud para conciliación de Glosas.	Auditor de conciliación y/o técnico de cuentas médicas, Jefes P&M, Programas Institucionales y/o Salud Publica según corresponda	Acta de Conciliación y en algunos casos acta de compromiso
24.	¿Hay acuerdo en la conciliación? Si: Enviar a proceso de pago (Contabilidad) No: Pasar a la actividad No. 25	Auditor de conciliación y/o técnico de cuentas médicas, Jefes P&M, Programas Institucionales y/o Salud Publica según corresponda	Acta de Conciliación o Acta de no acuerdo
25.	Citar a los prestadores de servicios de Salud con los que no hubo acuerdo en conciliación.	Asistente de cuentas medicas	Oficio de Citación

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	24 de 32		

26.	En caso de persistir el no acuerdo en el segundo intento de conciliación de glosas, se procederá a realizar acta unilateral.	Auditor de conciliación y/o técnico de cuentas médicas, Jefes P&M, Programas Institucionales y/o Salud Publica según corresponda	Acta unilateral
27.	Generación de Informe mensual de las glosas aceptadas y no aceptadas por cada por prestador de servicios de Salud donde se pueda visualizar la causa de la glosa, la respuesta, los soportes adjuntos, los valores conciliados y pagar.	Auditor de conciliación	Informe Mensual de Glosas
28.	Remisión de la relación, facturas o cuentas de cobro a cancelar al área de Presupuesto.	Auditor, líder y/o técnico de cuentas médicas	Oficio remisorio
29.	Revisa y confronta relación con facturas o cuentas de cobro y soportes a cancelar.	Auxiliar de Presupuesto	Revisión en la relación de la Facturación o cuentas de cobro
30.	En caso de no coincidencia entre la relación con las facturas cuentas de cobro se devuelve a cuentas médicas para que realice las gestiones del caso.	Auxiliar de Presupuesto	Devolución de facturas o cuentas de cobro en estado de facturación

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	25 de 32		

31.	Recibe facturas o cuentas de cobro y soportes a cancelar.	Líder de Presupuesto	Recibido de la relación de la facturación o cuentas de cobro de la Firma Auditora
31.1	En caso de que la factura corresponda a un contrato de PGP-PP se remite al supervisor de contrato para expida el informe de cumplimiento de actividades y/o informe de análisis.	Líder de Presupuesto	Recibido de la relación de la Facturación y Soportes ya Auditadas
32.	Expide el certificado de cumplimiento de actividades y/o informe de análisis de los contratos de PGP-PP y remite a el proceso de presupuesto, en caso de glosa por cumplimiento se deja indicado en el informe.	Supervisor del Contrato	Informe de actividades y/o análisis
33.	Recibe facturas o cuentas de cobro y soportes a cancelar contratos de PGP-PP.	Líder de Presupuesto	Recibido de la relación de la Facturación con Informe de Actividades y/o análisis

9. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTOS PROCESOS

- ✓ Director Tecnología y Comunicaciones.
- ✓ Director de Servicios de Salud.
- ✓ Coordinación de Cuentas Médicas.
- ✓ Líder de Presupuesto.
- ✓ Director Administrativa y Financiera.

10. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN

- ✓ Coordinación de Cuentas Médicas.
- ✓ Auditor de Cuentas Médicas.
- ✓ Auditor de Conciliación.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	26 de 32		

- ✓ Líderes Cuentas Médicas.
- ✓ Técnicos de Cuentas Medicas
- ✓ Asistentes de Cuentas Medicas
- ✓ Líder de Presupuesto.

11. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Informe Mensual de Glosas.
- ✓ Relación de Facturas o cuentas de Cobro a Cancelar.
- ✓ Acta de Conciliación de Glosas.
- ✓ Actas de no acuerdos.
- ✓ Actas unilaterales.
- ✓ Actas de compromisos.
- ✓ Facturas o cuentas de cobro revisadas y aprobadas por la Auditoria Medica.
- ✓ Informe general mensual.

12. INDICADORES

No.	PROCEDIMIENTO	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
1.	Porcentaje de Facturación de servicios de Salud radicado con auditoría de cuentas medicas	Total de facturas de servicios de Salud radicadas auditadas X 100	Total de facturas de servicios de Salud recepcionadas	100 %	Mensual
2.	Proporción de facturación radicada por la Red de Prestadores de servicios no adscrita a la EPSI Anas Wayuu	Número total Facturas o cuentas de cobro radicadas de la red no adscrita	La sumatoria de eventos prestados por la red adscrita y no adscrita a la red de prestadores	$\leq 10\%$	Mensual
3.	Porcentaje de Facturación de servicios de Salud de vuelta	Total de facturas de servicios de Saludde vuelta X 100	Total de facturas de servicios de Salud recepcionada	$<5\%$	Mensual

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

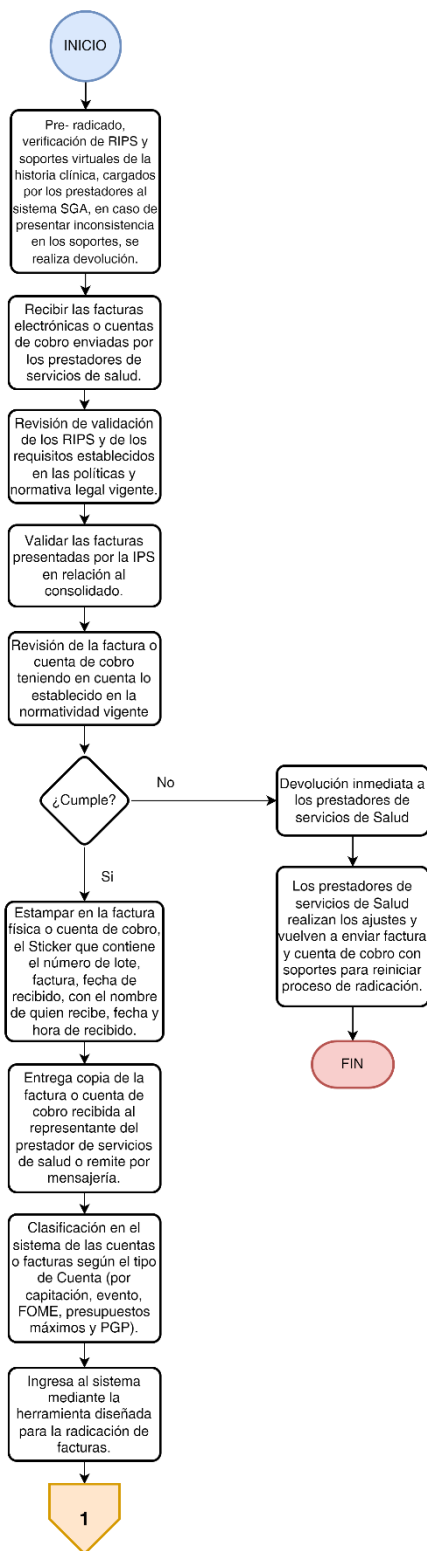
Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	27 de 32		

4.	Porcentaje de Glosas	Total de facturas con glosas X 100	Total de facturas de servicios de Salud radicada	<5%	Mensual
5.	Porcentaje de Conciliación de Glosas	Total de Glosas conciliadas X 100	Total de Facturas Glosadas	>95%	Mensual

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	28 de 32		

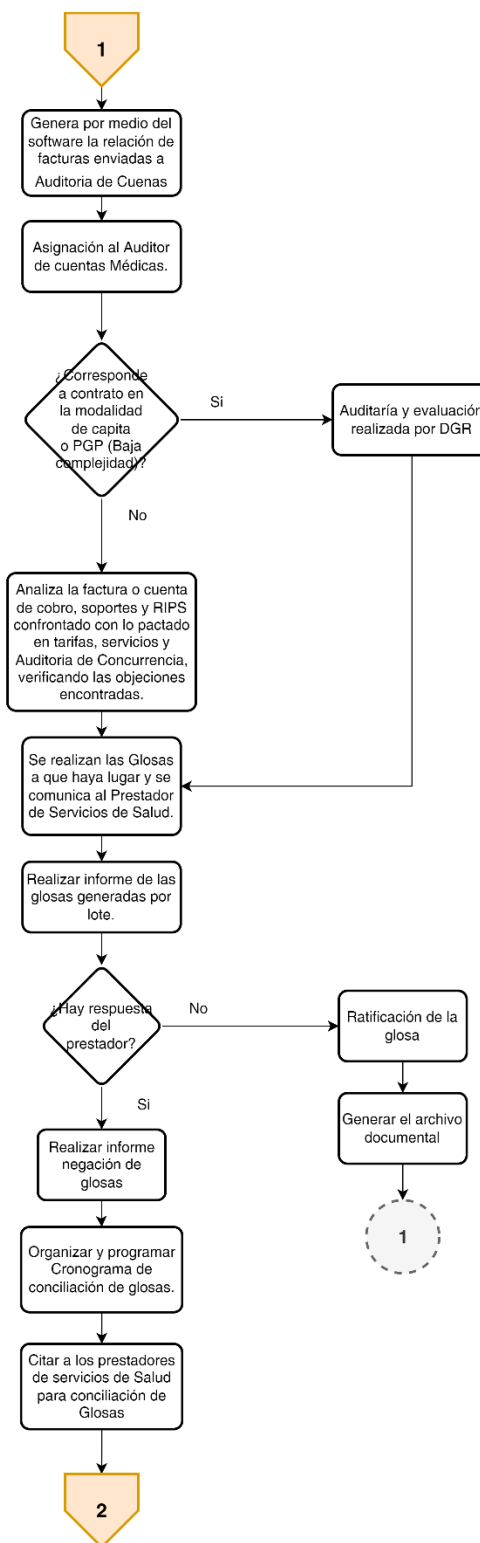
13. FLUJOGRAMA



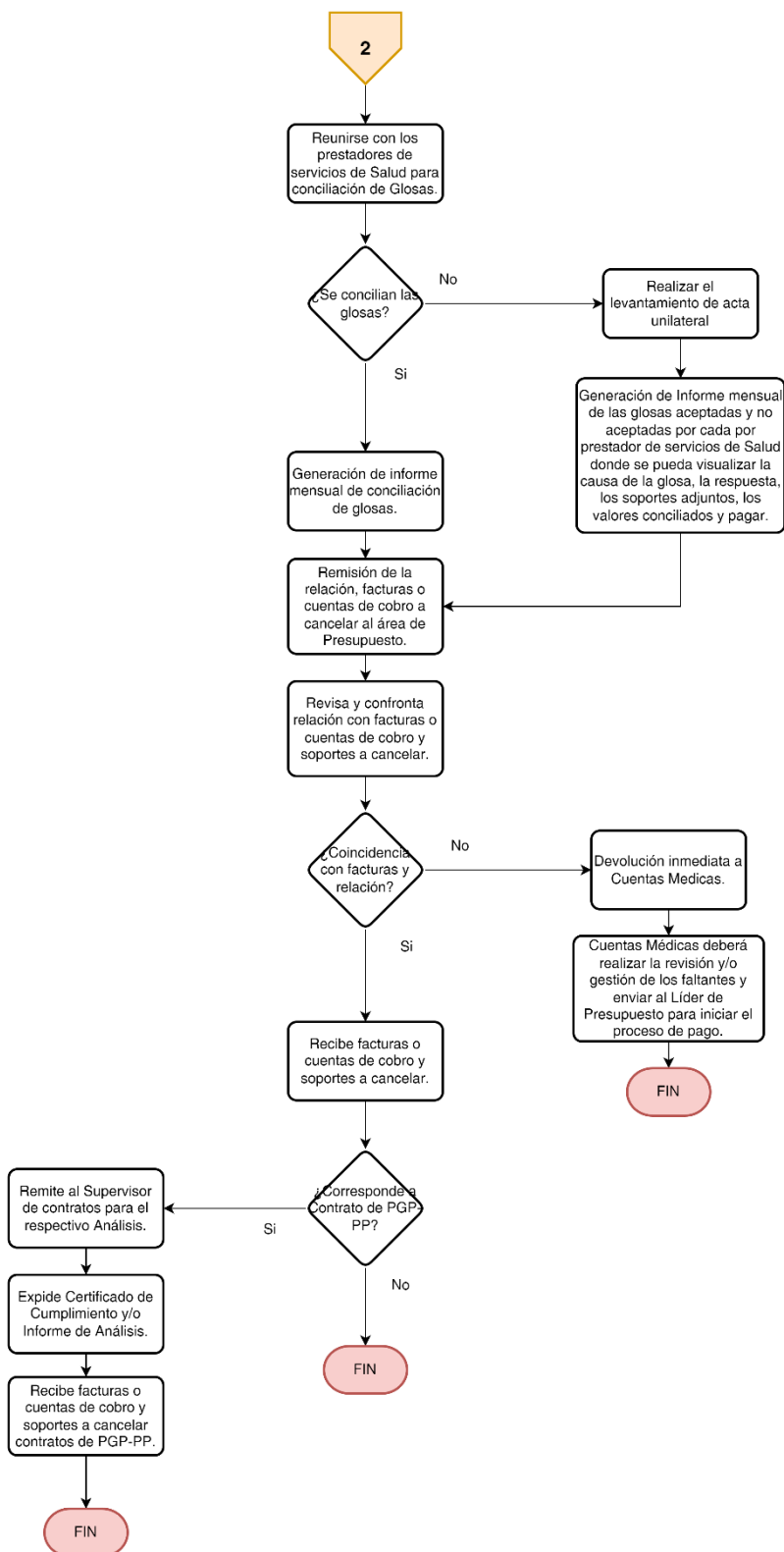
Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02
Versión:	8.0-28-01-25
Página:	29 de 32

MANUAL DE CUENTAS MEDICAS



Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoría	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo



Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	31 de 32		

14. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	PAGINAS	FECHA INICIAL	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIOS
1.0	Veintiuno (21)	12/12/2007	N/A	Creación.
2.0	Dieciséis (16)	12/12/2007	16/04/2014	Actualización.
3.0	Veinte (20)	12/12/2007	10/09/2018	Actualización de formato de Manual de Procedimiento, código de proceso, Glosario, normatividad vigente, normas y políticas internas, entrada Actividades, socialización, responsables, productos esperados, indicadores y Flujograma.
4.0	Veintiuno (21)	12/12/2007	11/03/2022	Se agregó normatividad en relación a facturación electrónica, se ajustaron los tiempos en el flujo del numeral XX, se ajustaron los numerales, en la descripción de actividades se actualizó el perfil de responsable, se eliminaron las actividades 10 y 11.1 de la descripción de las actividades pues ya no se realiza. Por último se ajustaron los indicadores y las actividades descritas en el flujograma.
5.0	Veintidós (22)	12/12/2007	18/03/2022	Se incluyeron los términos de trámite de glosa en el numeral 5.9 teniendo en cuenta la Ley 1438 del 2011, se actualizo la descripción de las actividades en el numeral 8 y el numeral 11 con los productos o resultados esperados.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo

Código:	MP-1410-02	MANUAL DE CUENTAS MEDICAS	
Versión:	8.0-28-01-25		
Página:	32 de 32		

6.0	Veinticuatro (24)	18/03/2022	09/08/2023	Actualización de descripción de actividades y cambios en el flujograma en cuanto al procedimiento de las facturas de los prestadores contratados en la modalidad de Cápitea y PGP (Baja Complejidad).
7.0	Treinta y dos (32)	09/08/2023	29/08/2023	Actualización de descripción de actividades y cambios en el flujograma.
8.0	Treinta y dos (32)	29/08/2023	28/01/2025	Actualización del logo de la Supersalud de acuerdo con lo establecido en la Circular Externa 2024151000000013-5 de 2024.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Director de Auditoria	Jefe Gestión Calidad	Consejo Directivo