

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	1 de 61

## Tabla de Contenido


1. Responsable	6
2. Introducción	6
3. Definiciones	6
4. Justificación y alcance	11
5. Objetivo general	11
6. Usuarios del manual	11
7. Marcos de referencia	12
7.1 Marco conceptual	12
8. Contenido del manual	15
8.1 Estructura de causales de glosas y devoluciones (según Resolución 3047 de 2008)	15
8.2 Devoluciones	16
8.3 Pautas Generales de Auditoría	18
8.3.1 Autorización de servicios de salud	19
8.3.2 Servicios de salud NO PBS	20
8.3.3 Exclusiones del PBS	20
8.3.4 Dosis Unitaria	21
8.3.5 Medicamentos y dispositivos médicos regulados	21
8.4 Pautas Específicas de Auditoría	21
8.4.1 Criterios técnicos para el pago de procedimientos quirúrgicos en el marco de los manuales tarifarios	21
8.4.2 Criterios técnicos para el pago de procedimientos y exámenes especiales (Intervencionismo).	23
8.4.3 Criterios técnicos para el pago de Procedimientos de Hemodinamia	25
8.4.4 Liquidación de estancia intrahospitalaria	28
8.4.5 Estancia social.	29
8.4.6 Tarifas propias.	29
8.5 Criterios técnicos para el pago de laboratorio clínico en el marco de los manuales tarifarios	29
8.5.1 Dextrométer o glucometría	30
8.5.2 Calcio ionizado o iónico	30
8.5.3 Proteína C Reactiva	30
8.5.4 Troponina I, Troponina T	30
8.5.5 Gasimetría o gases arteriales	31
8.5.6 Exámenes de laboratorio por índices o por aplicación de fórmulas	31

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	2 de 61


8.5.7 Cuadro hemático y recuento de plaquetas	31
8.5.8 Dímero D	32
8.5.9 Pruebas obligatorias e incluidas en el valor de la unidad de hemocomponentes	32
8.5.10 Pruebas Cruzadas Mayores	32
8.5.11 Pruebas cruzadas menores	32
8.5.12 Anticuerpos Irregulares	33
8.5.13 Clasificación Sanguínea ABO y RH	33
8.5.14 Coombs Indirectos cuantitativos	33
8.5.15 Aplicación de hemocomponentes	33
8.5.16 Plaquetaféresis, hemocomponente y estuche de aféresis	33
8.5.17 Plasmaféresis	33
8.5.18 Plaquetas de soldadura	34
8.5.19 Plaquetas pobre en leucocitos	34
8.5.20 Glóbulos rojos leucorreducidos o desleucocitados	34
8.6 Criterios técnicos para el pago de ayudas diagnósticas en Imagenología	34
8.6.1 Rayos X sin lectura por el especialista	34
8.6.2 Portátil de rayos X	34
8.6.3 Portátil de ecografía	35
8.6.4 Insumos para tomografías y resonancias	35
8.6.5 Resonancia Simple y con Contraste.	35
8.6.6 Fluoroscopio	36
8.6.7 Registros de película	36
8.6.8 Cineangiografía	36
8.6.9 Doppler color	36
8.6.10 Guía ecográfica	37
8.6.11 Pletismografía	37
8.6.12 TAC simple y contrastado	37
8.6.13 Tomografía de vasos (Angiotomografía) Cups 87.9.9.01	37
8.7 Criterios técnicos para el pago de otros procedimientos.	37
8.7.1 Electrocardiograma	37
8.7.2 Oximetría de pulso	37
8.7.3 Terapias respiratorias	38
8.7.4 Fisioterapias	38

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	3 de 61


8.7.5	Monitoría fetal intraparto	38
8.7.6	Lavado gástrico	38
8.7.7	Cateterismo vesical	38
8.7.8	Interconsulta o manejo por nutricionista	39
8.8	Criterios técnicos para el pago actividades médicas	39
8.8.1	Consulta de urgencias	39
8.8.2	Consulta con médico Urgentólogo	39
8.8.3	Cobro de Interconsulta	40
8.8.4	Atenciones diarias postquirúrgicas	40
8.8.5	Interconsultas en UCI	40
8.8.6	Consulta prequirúrgica y preanestésica	40
8.8.7	Consulta parto	40
8.8.8	Staff o junta médico-quirúrgica	41
8.8.9	Valoración inicial intrahospitalaria del recién nacido	41
8.8.10	Atenciones diarias o interconsultas por Oncología en quimioterapia	41
8.8.11	Aplicación de quimioterapia	41
8.8.12	Derechos de Sala y de Materiales en Quimioterapia	42
8.8.13	Implantación de Catéter Venoso Central	42
8.9	Criterios técnicos para el pago otros procedimientos Médicos	43
8.9.1	Procedimientos percutáneos de radiología intervencionista	43
8.9.2	Hemodiálisis	43
8.9.3	Diálisis peritoneal	43
8.9.4	Procedimiento sutura	44
8.9.5	Intubación orotraqueal o endotraqueal	44
8.9.6	Procedimientos quirúrgicos	44
8.9.7	Vía de acceso en procedimientos quirúrgicos	44
8.9.8	Procedimiento quirúrgico bilateral	45
8.9.9	Ayudantía quirúrgica	45
8.9.10	Procedimiento desbridamiento quirúrgico	46
8.9.11	Sección de adherencias abdominales	46
8.9.12	Toracostomía (Tubo a tórax)	46
8.9.13	Punción Lumbar	46
8.9.14	Anestesia en Parto	46

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	4 de 61

8.9.15 Otros Procedimientos realizados por el Anestesiólogo durante la realización de un procedimiento quirúrgico	47
8.9.16 Aplicación de Línea Arterial en UCI-UCE	47
8.9.17 Procedimientos propios de la atención médica del Especialista en Cuidado Intensivo	47
8.10 Criterios técnicos para los dispositivos médicos	47
8.10.1 Cobro por uso de accesorios y equipos en procedimientos cruentos o incruentos	48
8.10.2 Materiales de sutura y curación	48
8.10.3 Material médico quirúrgico en parto y legrado uterino obstétrico y ginecológico	48
8.10.4 Materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias	49
8.10.5 Material Médico Quirúrgico según el Artículo 55 del Manual Tarifario SOAT	49
8.10.6 Material Médico Quirúrgico según el Artículo 55 del Manual Tarifario ISS 2000	49
8.10.7 Material Médico Quirúrgico según el Artículo 57 del Manual Tarifario SOAT	49
8.10.8 Material médico quirúrgico según el Artículo 58 del Manual Tarifario ISS 2000	50
8.10.9 Bisturí y/o tijera Harmónico, Bisturí Enseal, Surgitrón, Aspirador Ultrasónico.	50
8.10.10 Micro nebulizador y Set de nebulización.	50
8.10.11 Sensor de capnografía o accesorios del capnógrafo	50
8.10.12 Sensor de oximetría	50
8.10.13 Sensor de gasto cardíaco en UCI-UCE	51
8.10.14 Cortador lineal, grapadoras, endograpadoras y grapas.	51
8.10.15 Transductor de presión, transductor arterial y transductor Vamp.	51
8.10.16 Sistema de succión traqueal	51
8.10.17 Humidificador	51
8.10.18 Incentivador o Inspirómetro Incentivo	51
8.10.19 Linner Viaflex	52
8.10.20 Filtro nariz de camello, filtro antibacterial, filtro HMEF, filtro Hygrobac	52
8.10.21 Aire Rees.	52
8.10.22 Inhalocámara, mascarilla y cánula nasal	52
8.10.23 Equipo ambú (BVM – Bolsa válvula mascarilla)	52
8.10.24 Circuito de anestesia (manguera corrugada)	52
8.10.25 Equipo de extensión de anestesia.	53
8.10.26 Trampa Lukens.	53
8.10.27 Juego de ventury	53
8.10.28 Máscara de No reinhalación	53
8.10.29 Electrodo en quirófanos, UCI y UCE	53

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	5 de 61

8.10.30	Catéteres Intravenosos	53
8.10.31	Equipo macro gotero y bomba de Infusión	53
8.10.32	Dispositivo de Irrigación	54
8.10.33	Llave de tres vías	54
8.10.34	Jeringa de gases arteriales	54
8.10.35	Aguja stimuflex y aguja punta lápiz	54
8.10.36	Fundas de presión venosa	54
8.10.37	Manta térmica	54
8.10.38	Terapia de hipotermia neonatal (Cool Cap)	55
8.10.39	Campo de Incisión (Iobán, Yodóforo)	55
8.10.40	Vendas	55
8.10.41	Apósitos	55
8.10.42	Tegaderm	55
8.10.43	Surgicel	55
8.11.1	Aire medicinal	56
8.12	Traslado asistencial básico y medicalizado	56
8.12.1	Transporte para el paciente ambulatorio	57
8.13	Modalidades de contratación por PGP, Cápita y otros modelos	58
8.14	Consideraciones Finales	58
9.	Documentos y/o registros asociados	59
10.	Anexos	59
11.	Referencias	59

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	6 de 61

## 1. Responsable

Jefatura de Cuentas Médicas

## 2. Introducción

La evolución normativa que continúa avanzando a partir de la transición hacia el Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) definida por la ley 100 de 1993, complementada por la ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011, Decreto 780 del 06 de mayo de 2016 (Decreto reglamentario único del sector salud y protección social), Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y otras normas que modifican, conservan y resaltan como premisa básica **la responsabilidad de verificar si las relaciones entre el Asegurador y su red prestadora** se adelantan conforme a los términos generales promulgados en la norma y/o específicos, pactados en los contratos y/o en acuerdos de voluntades.

El nuevo enfoque de auditoría fortalece la supervisión por cumplimiento que se realiza hoy día, mediante la implementación de **la supervisión basada en riesgos**, permitiendo identificar cuáles son los que atentan contra los objetivos del aseguramiento en este caso, de manera que se puedan mitigar los efectos antes de que se materialicen los eventos de riesgo. Los beneficiados serán los usuarios de un sistema más consolidado y armónico, con entidades mucho más sólidas que ofrezcan una mejor calidad en la atención y una mayor cobertura.


Gestionar de manera preventiva **el riesgo Operativo y el riesgo en Salud**, son estrategias intervinientes de manera directa para **mitigar el riesgo financiero**, a la vez mejorar la calidad de la atención, lograr elevar la productividad de los servicios y reducir los costos del sistema, ultra – objetivos que van más allá que la auditoría misma. Hacia este tipo de esfuerzos, realmente enfocados en agregar valor para el usuario a través de mejor calidad en los servicios médicos, debe volcarse el interés de control de calidad en salud en Savia Salud EPS.

Por lo tanto y dada la particularidad de los servicios de salud, se requiere **establecer parámetros claros** que permitan abordar las diferentes variables que hay que considerar en la facturación y pago de estos servicios, con el fin de aportar significativamente en las mega metas de SAVIA SALUD EPS.

Se adelanta entonces la entrega del **“Manual de Auditoría de Cuentas Médicas”**, en anteriores recopilaciones documentales bajo la estructura de Comfama se conocían dos versiones, pero dando continuidad desde la conformación de la entidad y por lo requerido por el Sistema de gestión de Calidad actual de Savia Salud EPS, la presente se denomina la **tercera versión** legal, incorporando en su contenido un conjunto de conceptos y directrices que establecen el criterio para la auditoría en general, la revisión de la cuenta médica y acoge los temas en discusión recurrente, que requieren de una conceptualización por parte de Savia Salud EPS en el marco de los Manuales tarifarios: Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

## 3. Definiciones

El siguiente glosario es tomado textualmente de las Normas relacionadas al final de este documento para conservar la fidelidad y legalidad de los conceptos.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	7 de 61

**Accesorio:** El destinado especialmente por el fabricante para ser utilizado en forma conjunta con un dispositivo médico, para que este último, pueda emplearse de conformidad con la finalidad prevista para el producto por el fabricante de este.

**Aféresis:** Procedimiento en el cual la sangre del paciente o el donante pasa a través de un dispositivo médico que separa uno o varios componentes de la sangre y devuelve el resto con o sin tratamiento extracorpóreo o recambio del componente separado.

**Aparato ortopédico:** Dispositivo médico, fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

**Asistencia en sedación:** El cobro de estas tarifas está amparado en la Resolución 2003 de 2014, en la que se estipula que cuando en procedimientos de Radiología y Gastroenterología el profesional encargado de la sedación Grado I, II o III debe ser un profesional diferente al que está realizando el procedimiento y el perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico con certificado de formación en soporte vital básico y certificado en formación para la sedación.

**Buenas prácticas de manufactura de dispositivos médicos (BPM):** Son los procedimientos y métodos utilizados para asegurar la calidad durante la manufactura, el empaque, almacenamiento y la instalación de los dispositivos médicos para uso humano. Estos procedimientos se refieren a la estructura organizacional, responsabilidades, procesos y recursos para implementar los requisitos de calidad asociados con el dispositivo médico.

**Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos.


**Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de estos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

**Cirugía con imagen, cirugía radiológica o radiología intervencionista:** Subespecialidad de la radiología que utiliza técnicas de imagen para ejecutar procedimientos mínimamente invasivos, que pueden ser diagnósticos o tratamientos específicos.

**Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10):** Herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología y la gestión de la salud, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países. Consiste en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y subcategorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados.

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



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	8 de 61

**Comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos:** Comisión de alto nivel creada por la Ley 100 de 1993, integrada por el Ministro de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo y un delegado personal del Presidente de la República, encargada de dictar las políticas de regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

**Comparador administrativo:** Tecnología en salud financiada con recursos de la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro.

**Dispositivo médico activo:** Cualquier dispositivo médico cuyo funcionamiento dependa de una fuente de energía eléctrica o de cualquier fuente de energía distinta de la generada directamente por el cuerpo humano o por la gravedad y que actúa mediante la conversión de dicha energía. No se considerarán dispositivos médicos activos, los productos sanitarios destinados a transmitir, sin ninguna modificación significativa, energía, sustancias u otros elementos de un dispositivo médico activo al paciente.

**Dispositivo médico activo terapéutico:** Cualquier dispositivo médico activo utilizado sólo o en combinación con otros dispositivos médicos, destinado a sostener, modificar, sustituir o restaurar funciones o estructuras biológicas en el contexto del tratamiento o alivio de una enfermedad, lesión o deficiencia.

**Dispositivo médico invasivo:** El que penetra parcial o completamente en el interior del cuerpo, bien por un orificio corporal o bien a través de la superficie corporal.

**Dispositivo médico invasivo de tipo quirúrgico:** Dispositivo médico invasivo que penetra en el interior del cuerpo a través de la superficie corporal por medio de una intervención quirúrgica. Los dispositivos médicos distintos de los aludidos en esta definición y cuya penetración no se produzcan a través de uno de los orificios corporales reconocidos, serán considerados productos invasivos de tipo quirúrgico.

**Dispositivo médico quirúrgico reutilizable:** Instrumento destinado a fines quirúrgicos para cortar, perforar, cerrar, escarificar, raspar, pinzar, retraer, recortar u otros procedimientos similares, sin estar conectado a ningún dispositivo médico activo y que puede volver a utilizarse una vez efectuados todos los procedimientos pertinentes.


**Dispositivo no invasivo o incruento:** Se refiere a dispositivos médicos que no involucra instrumentos que rompen la piel o penetran físicamente en el cuerpo.

**Drenaje:** Extracción de líquidos o descargas desde el cuerpo, como desde una herida, úlcera o cavidad.

**Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

**Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	9 de 61

irreversible que impide esperar su Resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.

**Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

**Flebotomía terapéutica:** Es el procedimiento mediante el cual se extrae sangre a un paciente con el objeto de reducir el exceso de eritrocitos.

**Glóbulos rojos estándar:** Es el componente sanguíneo obtenido al separar la mayor parte del plasma de la sangre total, por centrifugación o sedimentación.


**Glóbulos rojos leucorreducidos:** Llamado también «concentrado de hematíes desleucocitado». Se obtiene por procedimientos físicos (centrifugación, lavado, filtros especiales, etc.) que permiten reducir la cantidad de leucocitos «contaminantes» a un nivel mínimo en el que no generen reacciones indeseables en el receptor.

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

**Integralidad:** Ley Estatutaria 1751 de 2015, Artículo 8o. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

**Junta de profesionales de la salud:** Grupo de profesionales de la salud, quienes se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar una tecnología en salud o servicio complementario de soporte nutricional ambulatorio o medicamento incluido en el listado temporal de usos no incluidos en registro sanitario, prescritos por el profesional de la salud.

**Kit:** Grupo de productos que, si bien se venden por separado con su respectivo registro sanitario, sirven para un uso en común por lo que se agrupan o se venden en la presentación KIT, dentro de los cuales pueden o no todos requerir de registro sanitario bajo la norma sanitaria vigente. Un ejemplo de KIT: un botiquín el cual contiene medicamentos, gasas, curas, vendas etc. Todos estos productos requieren de registro sanitario unos en la categoría de medicamentos y otros como Dispositivos médicos, el cual debe solicitar la aprobación en cada uno de los registros la autorización de la presentación en KIT.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	10 de 61

**Laboratorio clínico:** Entidad pública o privada en la cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo con los principios básicos de calidad, oportunidad y racionalidad.

**Leucoféresis:** Es el procedimiento mediante el cual se extrae de un donante sangre total, con el objeto de obtener concentrado de leucocitos, con o sin plaquetas, y reinfundirle los glóbulos rojos y el plasma no utilizado, con o sin plaquetas.

**Leucorreducción:** Es el procedimiento por el cual se remueven los leucocitos contenidos en un componente sanguíneo, para alcanzar recuentos de glóbulos blancos remanentes  $<1 \times 10^6$  células/unidad.

**Oclusión:** Cierre completo de orificio o luz de una parte tubular del cuerpo humano.

**Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

**Plaquetaféresis:** Es el procedimiento mediante el cual se extrae de un donante sangre total, con el objeto de obtener concentrado de plaquetas y reinfundirle los glóbulos rojos y el plasma no utilizado.

**Plasmaféresis:** Procedimiento por el cual se separa y extrae el plasma de la sangre total con anticoagulante y los eritrocitos se reinfunden al donante. La plasmaféresis se emplea también para fines terapéuticos.


**Prueba cruzada:** Es el procedimiento del laboratorio realizado por los bancos de sangre o servicios de transfusión, mediante el cual se pone en contacto suero del receptor con glóbulos rojos del donante, con el objeto de determinar su compatibilidad.

**Profesional de la salud par:** Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial Si la prescripción se realiza por un subespecialista de la medicina. Su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.

**Registro sanitario:** Es el documento público expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- previo el procedimiento tendiente a verificar el cumplimiento de los requisitos técnico-legales y sanitarios establecidos, el cual faculta a una persona natural o jurídica para producir, comercializar, importar, exportar, envasar, procesar, expender y/o almacenar un dispositivo médico.

**Resección:** Cortar fuera o del todo, sin reemplazo, toda una parte del cuerpo humano.

**Sangre total:** Es la unidad de sangre tal como es captada, sin fraccionar, con un volumen total de 500cc aprox. (430cc de sangre + 70cc de anticoagulante); conservada a temperatura de refrigeración ( $2^{\circ}$  a  $6^{\circ}$ C) y puede ser usada hasta los 42 días de haber sido extraída (en caso de usar anticoagulante CPD-Adsol).

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	11 de 61

A partir de esta unidad se obtiene 1 unidad de cada uno de los hemocomponentes: concentrado de glóbulos rojos, concentrados de plaquetas, plasma fresco congelado y crioprecipitado.

**Sangre total reconstituida:** Es la unidad de sangre resultante de la unión de una unidad de glóbulos rojos y una unidad de plasma fresco congelado, procedentes no necesariamente del mismo donante. Debe ser usada dentro de las 24 horas de su preparación, en caso contrario, deberá eliminarse.

**Signos vitales:** Los principales parámetros vitales son el pulso, la respiración, la presión arterial y la temperatura corporal periférica.

**Sistema nervioso central:** Se entiende como sistema nervioso central, el encéfalo, la médula espinal y las meninges.

**Sistema circulatorio central:** Corresponde a los siguientes vasos: arteria pulmonar, aorta ascendente, arterias coronarias, arteria carótida común, arteria carótida externa e interna, arterias cerebrales, tronco braquiocéfálico, vena pulmonar, vena cava superior e inferior.

**Transductor:** Dispositivo médico que convierte las presiones en impulsos eléctricos que aparecen en forma de ondas en la pantalla del monitor, tiene la capacidad de medir cualquier cambio de presión en su interior.

#### 4. Justificación y alcance

La base fundamental de este documento es la estandarización de criterios de auditoría, que coadyuven en el fortalecimiento de los procesos de Savia Salud EPS y del equipo de personas que intervienen en los mismos, lo que aportará en mejorar el relacionamiento entre Savia Salud EPS y su red de prestadores de servicios de salud.

#### 5. Objetivo general


Implementar los Criterios Técnicos para la Auditoría en Savia Salud EPS, como referente para el procesamiento de todas las fases del aseguramiento, hasta la facturación que se radica por la prestación de servicios de salud a los usuarios de Savia Salud EPS.

##### 5.1 Objetivo Específico

Lograr la estandarización de conceptos para facilitar el relacionamiento tanto interno como externo y con esto disminuir la formulación de glosas y devoluciones no procedentes evitando los reprocesos.

#### 6. Usuarios del manual

El Manual de Cuentas médicas puede ser referente de información para todo el personal de Savia Salud EPS, siendo los más interesados los correspondientes al Macroproceso de Auditoría de Cuentas Médicas. Así mismo, será utilizado por los prestadores de servicios.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	12 de 61

## 7. Marcos de referencia

### 7.1 Marco conceptual

- **Soportes para la presentación de facturas.**

Según Resolución 3047 de 2008 - Anexo 5, Resolución 416 de 2009 y la Resolución 4331 de 2012 y las normas que las modifiquen. Con el objeto de estandarizar los formatos, mecanismos de envío, procedimientos, términos, motivos de glosa y devoluciones entre los prestadores y SAVIA SALUD EPS, se deberá tener en cuenta los anexos técnicos 5 y 6 de la Resolución 3047.

- **Factura o documento equivalente**

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

- **Detalle de cargos**


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

- **Autorización**

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

- **Resumen de atención o epicrisis**

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

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	13 de 61

- **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico**

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

- **Descripción quirúrgica**

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

- **Registro de anestesia**

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

- **Comprobante de recibido del usuario**

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

- **Hoja de traslado**


Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

- **Orden y/o fórmula médica**

Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

- **Lista de precios**

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

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	14 de 61

- **Recibo de pago compartido**

Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y solo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.

En los casos en que no se realice el recaudo por la IPS, y no se justifique mediante documento idóneo, el valor será descontado de la factura; cuando el afiliado no tiene capacidad de pago, la IPS debe reportar documento firmado por el afiliado, manifestando su limitación.

El cobro indebido de copagos o cuotas moderadoras por parte del prestador, serán objeto de glosa por parte del asegurador y por el mismo valor; esto con la finalidad de que los recursos sean devueltos al usuario. Adicionalmente se notificará a los entes de control el cobro indebido de los mismos. En caso que se trate de un modelo de contratación diferente a evento, una vez se identifique el cobro indebido se descontará de manera automática de la factura del mes siguiente.

- **Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT)**

Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte de este presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.

- **Factura por el cobro al SOAT y/o ADRES**


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

- **Historia clínica**

Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

- **Hoja de atención de urgencias**

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

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	15 de 61

- **Odontograma**

Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

## 8. Contenido del manual


### 8.1 Estructura de causales de glosas y devoluciones (según Resolución 3047 de 2008)

Según lo establecido en el artículo 14 de la Resolución 3047 de 2008, se adopta la denominación y codificación de las causas de glosas, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007, las cuales a fecha están establecidas en el Anexo Técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada y adicionada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012.

**Tabla 1 Codificación concepto general- Glosas**

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente Resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los toques.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	16 de 61


Código	Concepto General	Aplicación
		diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

## 8.2 Devoluciones

Este ítem es de suprema importancia porque de acuerdo con la normatividad vigente (Resolución 1949 de 2019), no es permitido la creación de causales de devolución diferentes a las estipuladas por la Resolución 3047 de 2008 y las que la modifiquen o sustituyan.


Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a **falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro de CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado**. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

La Entidad Responsable del Pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	17 de 61

**Tabla 2 Codificación concepto genera - Devoluciones.**

<b>CÓDIGO</b>	<b>MANUAL DE USO</b>
816 - Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817 - Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821 - Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
822 - Respuesta a glosa o devolución extemporánea	Aplica cuando la respuesta a glosa o devolución se realiza por fuera de la fecha.
834 - Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844 - Médico que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847 - Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	18 de 61

<b>CÓDIGO</b>	<b>MANUAL DE USO</b>
848 - Informe de atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente Resolución.
849 - Factura no cumple requisitos legales	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumple con alguno de los requisitos legales o cuando no se identifique en los medicamentos no incluidos el Plan Obligatorio de Salud (POS) el código CUM, emitido por el INVIMA con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC.
850 - Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.


Savia Salud EPS dará cumplimiento textual al Artículo 131 de la Resolución 2481 de 2020 respecto de la concurrencia de beneficios a cargo de otras fuentes de financiación, y por lo tanto procederá a la devolución de la factura con el código 816 - Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable.

“Artículo 131. 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.”

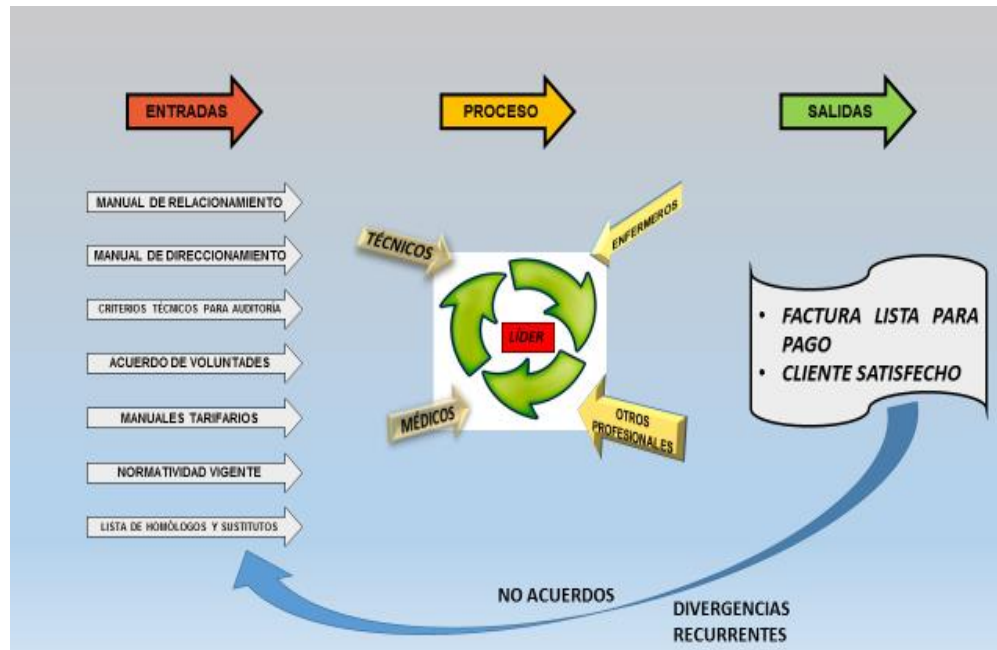
### **8.3 Pautas Generales de Auditoría**

Es claro en auditoría que de acuerdo con las condiciones clínicas del usuario, lo solicitado por el tratante debe corresponder con lo autorizado, lo soportado tanto como con lo realizado y lo facturado.

La gestión de auditoría se desarrolla desde la concepción sistémica y por procesos, el cual se puede ejemplificar en la siguiente ilustración:

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	19 de 61


### Ilustración 1 Concepción sistémica y por procesos



#### 8.3.1 Autorización de servicios de salud

Tal como lo establece el artículo 13 del Decreto 4747 de 2007, para continuar la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá tramitar la solicitud de autorización, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social. **Por lo tanto, no procederán para pago los servicios que no tengan autorización o que no cumplen con lo establecido en los artículos 4 y 5 de la Resolución 3047 de 2008, excepto aquellos definidos por Savia Salud EPS.** “Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente Resolución.”. “Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente Resolución”. Salvo en algunas excepciones, como los servicios de baja complejidad o de nivel I (según los Artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994) prestados en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad.

En términos generales, todo servicio o procedimiento requiere de autorización por Savia Salud EPS, incluyendo aquellos hallazgos incidentales que se encuentren durante la realización de un procedimiento inicialmente autorizado; el criterio del médico auditor será quien valide si en realidad corresponde con un hallazgo incidental.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	20 de 61

Savia Salud EPS verificará que los servicios solicitados para autorización cumplen con la debida habilitación según lo reglamentado en el Decreto 780 de 2016 parte 5 Título 1 Capítulo 3. Será responsabilidad del técnico auditor de Savia Salud EPS la verificación del cumplimiento en el REPS al realizar la respectiva auditoría técnica. Todos y cada uno de los casos que presenten servicios no habilitados en el REPS, deberán ser notificados de manera inmediata al jefe de cuentas médicas.

En el momento de entrada en funcionamiento del aplicativo Misional, las IPS deben garantizar el registro de la fecha de la prestación del servicio autorizado en dicho aplicativo.

Solo se reconocerán servicios a partir de la fecha de expedición de la autorización. No se reconocerán para pago los servicios prestados anteriores a la fecha de la autorización, según normas vigentes.

### 8.3.2 Servicios de salud NO PBS


La solicitud de tecnologías No PBS (ayudas diagnósticas, dispositivos, procedimientos y medicamentos), se reconocerán previa verificación en la Resolución 2481 de 2020, deberá cumplir con los requisitos para realizar la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, según lo dispuesto en el Artículo 9 de la Resolución 3951 de 2016. Con base en lo anterior y tratándose de la prestación de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (No PBS), deberán tener el MIPRES según corresponda.

Por lo tanto, **no procederán para pago las tecnologías No PBS que no tengan MIPRES correspondiente u orden judicial.**

### 8.3.3 Exclusiones del PBS

La Resolución 2481 de 2020 precisó en el Artículo 127, las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, las cuales **No podrán ser objeto de autorización ni de financiación con recursos de la UPC.**

Conforme a lo anterior, dichas tecnologías deben cumplir con las siguientes condiciones: “Artículo 127. Servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC. Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías de salud del presente acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos de la UPC, deben entenderse como no financiados con dichos recursos, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones: 1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad. 2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación. que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud. 3. Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto. orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros. 4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud. así sean prescritas por el médico tratante. 5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC. 6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud, o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015. 7. Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 330 de 2017”

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	21 de 61

### 8.3.4 Dosis Unitaria

Según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2200 de 2005 y 13 de la Resolución 1403 de 2007, los servicios farmacéuticos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad deberán contar con un Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria. Adicionalmente, la Resolución 2003 de 2014 determina que entre los procesos prioritarios del servicio farmacéutico de mediana y alta complejidad se deberá contar con un manual de procedimientos para el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria y en el servicio de quimioterapia, establece que la dispensación de medicamentos se realizará en dosis unitaria.

Con base en lo anterior, durante el procedimiento de auditoría de cuentas médicas se aplicará la tarifa correspondiente a la fracción de los medicamentos que la IPS haya determinado en el sistema de distribución en dosis unitaria, a los de oncología y a los que según el contrato entre Savia Salud EPS y la IPS se hayan pactado tarifa bajo esta modalidad teniendo en cuenta la estabilidad de los medicamentos.

Para el reconocimiento y pago de las presentaciones de medicamentos, en los cuales se utilizan dosis menores a la presentación, se requiere anexar el acta de desecho de excedentes no utilizados.

### 8.3.5 Medicamentos y dispositivos médicos regulados

Se reconoce el valor máximo permitido para los medicamentos y dispositivos regulados, de acuerdo con las circulares vigentes para cada evento, emitidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, caso en el cual podrán remitirse a su consulta en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>. En caso de que el valor contratado del medicamento sea inferior al regulado, se reconocerá a dicha tarifa.

## 8.4 Pautas Específicas de Auditoría

Durante la auditoría técnica de la factura, debe verificarse de manera obligatoria que la tarifa facturada corresponda con el contrato vigente entre las partes para la fecha de la prestación del servicio.


Al momento de realizar una objeción a la cuenta médica, es imprescindible además de identificar claramente el concepto o tecnología objetado, este debe ser acompañado de la fecha de realización de dicha tecnología.

### 8.4.1 Criterios técnicos para el pago de procedimientos quirúrgicos en el marco de los manuales tarifarios

- **Liquidación de Procedimientos Quirúrgicos (Manual SOAT - Decreto 2423 de 1996)**

Se debe tener en cuenta que, para la liquidación de los derechos de sala y materiales en procedimientos quirúrgicos, esta debe realizarse basada en la región operatoria como reza en los artículos 49 y 55.



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	22 de 61

**Tabla 3 Cuadro descriptivo para liquidación de cirugías (SOAT)**


TIPO DE CX	CIRUJANO	ANESTESIÓLOGO	AYUDANTE	Derechos de Sala	Materiales
<b>BILATERAL</b>	100% para la mayor más 75% por la adicional (Art 70)	100% para la mayor más 75% por la adicional. (Art 70)	100% para la mayor más 75% por la adicional. (Art 70)	100% para la mayor más 50% por la adicional. (Art 49)	100% para la mayor más 75% por la adicional. (Art 55 parágrafo 4)
<b>ÚNICA VÍA Igual cirujano</b>	100% para la mayor más 50% por cada adicional. (Art 71)	100% para la mayor más 50% por cada adicional. (Art 71)	100% para la mayor más 50% por cada adicional (Art 71)	100% para la mayor. 0% por adicionales	100% para la mayor 0% por adicionales
<b>DISTINTA VÍA Igual cirujano</b>	100% para la mayor más 75% por cada adicional (Art 72)	100% para la mayor más 75% por cada adicional (Art 72)	100% para la mayor más 75% por cada adicional (Art 72)	100% para la mayor más 50% por cada adicional (Art 49)	100% según nivel de complejidad más 75% por cada adicional (Art 55 parágrafo 4)
<b>Diferentes cirujanos DISTINTA VÍA</b>	100% para la mayor por cada especialidad más 50% por cada adicional (Art 73)	100% para la mayor de cada especialidad más 75% por cada adicional (Art 73)	100% para la mayor más 50% por la mayor adicional. (Art 73)	100% para la mayor más 50% por cada adicional (Art 49)	100% para la mayor más 75% por cada adicional 100% según nivel de complejidad más 75% por cada adicional (Art 55 parágrafo 4)
<b>Diferentes Cirujanos IGUAL VÍA</b>	100% para la mayor por cada especialidad más 50% por cada adicional (Art 73)	100% para la mayor por cada especialidad más 75% por cada adicional (Art 73)	100% por la mayor y 50% por la adicional mayor (Art 73)	100% por la mayor y 50% por cada adicional (Art 49)	100% por la mayor. 0% por las adicionales

• **Liquidación de Procedimientos Quirúrgicos (Manual ISS 2000 - Acuerdo 209 de 1999)**

**Tabla 4 Cuadro descriptivo para liquidación de cirugías (ISS 2000)**

TIPO DE CX	CIRUJANO	ANESTESIÓLOGO	AYUDANTE	Derechos de Sala	Materiales
<b>BILATERAL</b>	La primera al 100% y la segunda al 75% (Art 89)	La primera al 100% y la segunda al 75% (Art 89)	La primera al 100% y la segunda al 75% (Art 89)	La primera al 100% y la segunda al 75% (Art 48 parágrafo 5)	La primera al 100% y la segunda al 75% (Art 55 parágrafo 5)



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	23 de 61


TIPO DE CX	CIRUJANO	ANESTESIÓLOGO	AYUDANTE	Derechos de Sala	Materiales
<b>DISTINTA VÍA Igual Cirujano</b>	La primera al 100% y 75% por cada adicional (Art 90)	La primera al 100% y 75% por cada adicional (Art 90)	La primera al 100% y 75% por cada adicional (Art 90)	La primera al 100% y el 50% por cada adicional (Art 48 párrafo 5)	La primera al 100% y el 50% por cada adicional (Art 55 párrafo 5)
<b>Diferentes Especialistas Distinta vía</b>	La primera de cada especialidad al 100% y 60% a la mayor adicional de cada especialidad (Art 91)	La mayor al 100% más el 75% por la mayor adicional (Art 91)	La mayor al 100% más el 50% por la mayor adicional (Art 91)	La primera al 100% y el 50% por cada adicional (Art 48 párrafo 5)	La primera al 100% y el 50% por cada adicional (Art 55 párrafo 5)
<b>Diferentes Especialistas Igual vía</b>	La primera de cada especialidad al 100% y 60% a la mayor adicional de cada especialidad (Art 92)	La mayor al 100% más el 75% por la mayor adicional (Art 92)	La mayor al 100% más el 50% por la mayor adicional (Art 92)	La primera al 100% y el 50% por cada adicional (Art 48 párrafo 5)	La primera al 100% y el 50% por cada adicional (Art 55 párrafo 5)

#### 8.4.2 Criterios técnicos para el pago de procedimientos y exámenes especiales (Intervencionismo).

- Liquidación de procedimientos de Intervencionismo (Artículo 23 Manual SOAT - Decreto 2423 de 1996)

Tabla 5 Cuadro descriptivo para liquidación de intervencionismo - SOAT

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	VALOR PROCEDIMIENTO	HONORARIOS ESPECIALISTA	DERECHOS DE SALA	MATERIALES
<b>21433</b>	Código 21433 al 100%	Código 25123 al 100%	Código 21433 al 45%	Código 39305 al 100%
<b>21434</b>	Código 21434 al 100%	Código 25120 (torácico) o 25122 (abdominal) al 100%	Código 21434 al 45%	Código 39305 al 100%
<b>21436</b>	Código 21436 al 100%	Código 25122 al 100%	Código 21436 al 45%	Código 39305 al 100%

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	24 de 61


CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	VALOR PROCEDIMIENTO	HONORARIOS ESPECIALISTA	DERECHOS DE SALA	MATERIALES
<b>21441, 21442, 21443 ó 21444</b>	Código 21441, 21442, 21443 o 21444 al 100%	Código 25120 al 100%	Código 21441, 21442, 21443 ó 21444 al 45%	Código 39305 al 100%
<b>21445</b>	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
<b>21452</b>	Código 21452 al 100%	Código 39011 al 100%	Código 21452 al 45%	Código 39305 al 100%
<b>21504</b>	Código 21504 al 100%	Código 39009 al 100%	Código 21504 al 45%	Código 39305 al 100%
<b>21512</b>	Código 21512 al 100%	Código 39112 al 100%	Código 21512 al 45%	Código 39305 al 100%

Para los demás exámenes especiales del artículo 23 (procedimientos de intervencionismo), aplica sólo el cobro por el valor del procedimiento, derecho de sala y materiales; **no aplica cobro adicional por los honorarios del profesional que lo realiza.**

- El código **21445 Angioplastia**, no es un procedimiento de intervencionismo; se trata de un procedimiento de hemodinamia.
- En los procedimientos de Intervencionismo no aplica el concepto de vías de acceso o bilateralidad.
- Los medios de contraste y catéteres o similares se reconocen a la tarifa previamente pactada, el valor de los demás materiales utilizados queda incluido en el código 39305.
- Si se requiere de anestesia general, se reconoce el código 39152, siempre y cuando esté debidamente soportada en la historia clínica.
- **Liquidación de procedimientos de Intervencionismo (Artículo 21 Manual ISS 2000 – Acuerdo 209 de 1999)**

**Tabla 6 Cuadro descriptivo para liquidación de intervencionismo-ISS**

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	VALOR PROCEDIMIENTO	HONORARIOS ESPECIALISTA	DERECHOS DE SALA	MATERIALES
<b>213401</b>	Código 213401 al 100%	Código 213401 al 130%	NO APLICA	NO APLICA
<b>213403</b>	Código 213403 al 100%	Código 213403 al 130%	NO APLICA	NO APLICA
<b>212440</b>	Código 212440 al 100%	Código 2501 x código 39101 (valor UVR)	NO APLICA	NO APLICA
<b>213449</b>	Código 213449 al 100%	Código 213449 al 130%	NO APLICA	NO APLICA

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	25 de 61

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	VALOR PROCEDIMIENTO	HONORARIOS ESPECIALISTA	DERECHOS DE SALA	MATERIALES
213450	Código 213450 al 100%	Código 213450 al 130%	NO APLICA	NO APLICA
213460	Código 213460 al 100%	Código 9104 x código 39101 (valor UVR)	NO APLICA	NO APLICA
213461	Código 213461 al 100%	Código 9103 x código 39101 (valor UVR)	NO APLICA	NO APLICA
213467	Código 213467 al 100%	Código 213467 al 130%	NO APLICA	NO APLICA
213468	Código 213468 al 100%	Código 213468 al 130%	NO APLICA	NO APLICA
213475	Código 213474 al 100%	Código 213474 al 130%	NO APLICA	NO APLICA
213505	Código 213505 al 100%	Código 213505 al 130%	NO APLICA	NO APLICA

Para los demás exámenes especiales del artículo 21 (procedimientos de intervencionismo), aplica el cobro del código al 100% por el valor del procedimiento que incluye los derechos de sala y materiales (excepto los del artículo 105) y otro igual al 100% por el valor de los honorarios del especialista.

Si en forma excepcional se requiere de la participación del especialista en anestesiología, por este concepto se reconoce el 30% del valor del procedimiento.

Para los demás procedimientos de radiología convencional y TAC se reconoce el código 39107.


El uso de medios de contraste, CO<sub>2</sub>, stents y bolsas para aplicación del enema baritado, catéteres, sondas, vendas o inmovilizadores de cualquier clase no reutilizables, mechas lubricadas, esponjas hemostáticas, jeringas y agujas que se utilicen en la realización de estos procedimientos; se reconocen previa verificación en la historia clínica y a la tarifa pactada.

En el procedimiento de terapia endovascular intracraneal código 213501, que para su práctica se requiera de la participación del especialista en neurología o neurofisiología, se podrá facturar la suma de \$540.080 (más el valor del porcentaje pactado), correspondiente a los servicios del profesional. Tener en cuenta que ambos procedimientos **incluyen la realización de la panangiografía**. Si se requiere de anestesia, se reconoce el 25% del valor del procedimiento. Los derechos de sala para Terapia endovascular se facturan al 60% del valor del procedimiento.

En los procedimientos de Intervencionismo no aplica el concepto de vías de acceso o bilateralidad.

#### 8.4.3 Criterios técnicos para el pago de Procedimientos de Hemodinamia

En la auditoría de la cuenta médica de procedimientos de hemodinamia, se tendrá en cuenta el cumplimiento de las guías actualizadas de cada prestador para la toma de decisiones, en la que finalmente se decide que la opción más indicada para el paciente fue la elegida.


	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	26 de 61

No se reconoce el portátil cuando se realiza como complemento de las ecocardiografías practicado en habitación, Unidad de Cuidado Intensivo o quirófanos, porque los códigos, 21601 del manual SOAT y 212701 del ISS 2000, solo son aplicables a estudios radiológicos.

- **Liquidación de procedimientos de Hemodinámica (Artículo 27 Manual SOAT - Decreto 2423 de 1996)**

**Tabla 7 Cuadro descriptivo para liquidación de hemodinamia**

<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>VALOR PROCEDIMIENTO</b>	<b>ESTUDIO RX ADICIONAL Parágrafo 2</b>	<b>DERECHOS DE SALA</b>	<b>MATERIALES</b>
25113	Código 25113 al 100%	NO APLICA	Código 25113 al 45%	Código 39305 al 100%
25114	Código 25114 al 100%	NO APLICA	Código 25114 al 45%	Código 39305 al 100%
25115	Código 25115 al 100%	NO APLICA	Código 25115 al 45%	Código 39305 al 100%
25116	Código 25116 al 100%	NO APLICA	Código 25116 al 45%	Código 39305 al 100%
25117	Código 25117 al 100%	NO APLICA	Código 25117 al 45%	Código 39305 al 100%
25118	Código 25118 al 100%	NO APLICA	Código 25118 al 45%	Código 39305 al 100%
25119	Código 25119 al 100%	NO APLICA	Código 25119 al 45%	Código 39305 al 100%
25120	Código 25120 al 100%	Código 21434 al 100%	Código 25120 al 45%	Código 39305 al 100%
25121	Código 25121 al 100%	Código 21434 al 100%	Código 25121 al 45%	Código 39305 al 100%
25122	Código 25122 al 100%	Código 21434 al 100%	Código 25122 al 45%	Código 39305 al 100%
25123	Código 25123 al 100%	Código 21433 al 100%	Código 25123 al 45%	Código 39305 al 100%
25124	Código 25124 al 100%	NO APLICA	Código 25124 al 45%	Código 39305 al 100%
25125	Código 25125 al 100%	NO APLICA	Código 25125 al 45%	Código 39305 al 100%
25127	Código 25127 al 100%	NO APLICA	Código 25127 al 45%	Código 39305 al 100%
25128	Código 25128 al 100%	Código 21433 al 100%	Código 25128 al 45%	Código 39305 al 100%
25129	Código 25129 al 100%	NO APLICA	Código 25129 al 45%	Código 39305 al 100%

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	27 de 61

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	VALOR PROCEDIMIENTO	ESTUDIO RX ADICIONAL Parágrafo 2	DERECHOS DE SALA	MATERIALES
25130	Código 25130 al 100%	Código 21513 al 100%	Código 25130 al 45%	Código 39305 al 100%
25132	Código 25132 al 100%	Código 21431 al 100%	Código 25132 al 45%	Código 39305 al 100%
25133	Código 25133 al 100%	Código 21433 al 100%	Código 25133 al 45%	Código 39305 al 100%
25134	Código 25134 al 100%	Código 21433 al 100%	Código 25134 al 45%	Código 39305 al 100%
25135	Código 25135 al 100%	NO APLICA	Código 25135 al 45%	Código 39305 al 100%
25136	Código 25136 al 100%	NO APLICA	Código 25136 al 45%	Código 39305 al 100%
25138	Código 25138 al 100%	NO APLICA	Código 25138 al 45%	Código 39305 al 100%
25139	Código 25139 al 100%	Código 21507 al 100%	Código 25139 al 45%	Código 39305 al 100%
25148	Código 25113 al 100%	NO APLICA	Código 25148 al 45%	Código 39305 al 100%
25149	Código 25113 al 100%	NO APLICA	Código 25149 al 45%	Código 39305 al 100%

Los medios de contraste, los catéteres, la guía, la aguja angiográfica y el introductor se reconocen siempre y cuando estén debidamente soportados.


Para los procedimientos de Electrofisiología, se reconoce derechos de sala especial al 45% del valor de dicho procedimiento, siempre y cuando esté debidamente soportado su uso en la historia clínica.

Si se requiere de anestesia general, se reconoce el 50% del valor del procedimiento, siempre y cuando esté debidamente soportada en la historia clínica. Excepto para el procedimiento **Cardioversión eléctrica de paciente en tratamiento no quirúrgico** el cual se reconoce con el código 39155.

- **Liquidación de procedimientos de Hemodinamia (Artículo 24 Manual ISS 2000 – Acuerdo 209 de 1999)**

Teniendo en cuenta el artículo 105 del manual ISS 2000. La tarifa para los procedimientos del capítulo II, es el valor máximo que se reconoce por su realización e incluye los gastos del personal profesional, técnico y auxiliar, uso de equipos, sus accesorios e implementos, con excepción de medios de contraste, introductores, guías, pinza para biopsia endomiocárdica, prótesis endovasculares, filtros, catéteres, sondas, vendas o inmovilizadores de cualquier clase no reutilizables, mechas lubricadas, esponjas hemostáticas, jeringas y agujas.

Cuando en un procedimiento de hemodinamia en forma excepcional se requiera de la participación del especialista en anestesiología, por este concepto se reconoce el 30% del valor del procedimiento, siempre

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	28 de 61

y cuando esté debidamente soportada en la historia clínica. Excepto para el procedimiento **Cardioversión eléctrica de paciente en tratamiento no quirúrgico** el cual se reconoce con el código 39110. Por el uso de la sala de hemodinamia se reconoce el 60% del valor del procedimiento.

#### 8.4.4 Liquidación de estancia intrahospitalaria

Si el paciente es regulado para manejo por medicina especializada y según el Triage al ingreso, no es evaluado por el especialista en los tiempos contemplados por la norma (Resolución 5596 de 2015); la estancia que transcurra sin evaluación por dicha especialidad será objetada. Si el paciente ingresa sin ser regulado, deberá ser evaluado por la especialidad requerida dentro de las 24 horas siguientes al ingreso, de lo contrario, se objetará la estancia hasta dicha evaluación. De igual manera la estancia que se verifique por auditoría concurrente y/o historia clínica, no sea la adecuada para el nivel de habitación (sillas), tampoco será reconocida.

La estancia inactiva que se genere por no cumplimiento de interdependencia entre instituciones, para desescalar o contrarremedir a niveles de menor complejidad, se reconocerá como habitación bipersonal y a la tarifa establecida por la institución con la cual se tiene habilitada la interdependencia.

- **Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).**

Se establecen los siguientes parámetros para reconocer la tarifa por estancia: Se reconoce el día de ingreso independiente de la hora, mas no el del egreso; según el parágrafo 2 del artículo 43. Cuando el paciente por prescripción médica es enviado de un servicio con menor tarifa a otro con mayor tarifa, se reconoce la mayor, pero solo desde el momento en que se haga efectivo dicho traslado; según el parágrafo 2 del artículo 43.

La tarifa por la permanencia en la sala de observación se reconoce únicamente cuando el paciente reciba atención en el servicio por un período superior a dos (2) horas; previa evaluación de pertinencia médica y soporte en historia clínica; según el parágrafo 1 del artículo 53.


Se considera ingreso hospitalario desde el momento en que el paciente es (registrado en el sistema - atendido en urgencias), independiente de la hora de la orden médica "hospitalizar".

- **Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).**

Se establecen los siguientes parámetros para reconocer la tarifa por estancia: Se reconoce el día de ingreso independiente de la hora, mas no el del egreso. Cuando el paciente por prescripción médica es enviado de un servicio con menor tarifa a otro con mayor tarifa, se reconoce la mayor sólo desde el momento en que se efectúe el traslado.

Se considera ingreso hospitalario desde el momento en que el paciente es (registrado en el sistema) (atendido en urgencias), independiente de la hora de la orden médica "hospitalizar".



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	29 de 61

La tarifa por la permanencia en la sala de observación se reconoce únicamente cuando el paciente reciba atención en el servicio por un período inferior a seis (6) horas; previa evaluación de pertinencia médica y soporte en historia clínica; según el parágrafo 2 del artículo 47.

#### **8.4.5 Estancia social.**

Savia Salud EPS no reconocerá estancias sociales, salvo en algunas excepciones con pacientes en estado de abandono, situación en la que debe mediar una orden judicial para su reconocimiento.

RESOLUCIÓN 2481 del 2020, TÍTULO VII CONDICIONES PARA DEFINIR LAS TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC Artículo 127. Tecnologías no financiadas con recursos de la UPC 3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar, sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros, Concepto 39377 de 2014 (junio de 2014), superintendencia nacional de salud, corresponde asumir la cobertura albergues para afiliados de régimen subsidiado es a la entidad territorial competente, esto es la SSSA de conformidad con las competencias establecidas en el Artículo 43 de la Ley 715 de 2001 Capítulo II competencias de las entidades territoriales en el sector salud, Circular 000022 de 2017, LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015, Artículo 15, Ley 1450 de 2011 Artículo 154.

#### **8.4.6 Tarifas propias.**

Conforme a la contratación realizada entre Savia Salud EPS y su red de prestadores, solo se reconocerán procedimientos facturados a tarifas propias, previo aval y autorización por la EPS.

No se aceptarán códigos con tarifas propias creados para facturar procedimientos o combinación de estos que se encuentren claramente definidos en los manuales tarifarios; se liquidarán según los manuales y a las tarifas previamente pactadas. Solo se reconocerá los códigos con tarifas propias para los procedimientos que hayan sido avalados, cotizados y autorizados previamente por la EPS.


Cuando se realizan varios procedimientos que están contratados por tarifa propia avalada por SAVIA SALUD EPS, el pago de estos se hará de acuerdo con lo determinado para el reconocimiento de conjuntos del manual tarifario convenido. Decreto 2423 de 1996 (manual SOAT) artículo 64, y Acuerdo 299 de 1999 (manual ISS 2000) artículo 69 parágrafo 17.

Con el objeto de hacer una correcta auditoría a los paquetes o conjuntos ofertados por los prestadores, es indispensable contar con el contenido de cada paquete (inclusiones, exclusiones y demás condicionantes); los mismos que serán solicitados al área de contratación de Savia Salud EPS, en caso de que esta área no cuente con ellos, se objetará con el código 309 del anexo 6 de la Resolución 3047 de 2008.

#### **8.5 Criterios técnicos para el pago de laboratorio clínico en el marco de los manuales tarifarios**

La Resolución 3047 de 2008 anexo 5 numeral define 5. resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No se reconocerán



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	30 de 61

ayudas diagnósticas que no estén debidamente reportadas por el profesional responsable. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

Tampoco se reconocerán ayudas diagnósticas que no estén interpretadas en la historia clínica por el médico tratante.

El literal B numeral 10 literal f. soportes en servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria), determina que los resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.

### 8.5.1 Dextrométer o glucometría

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT):

Procedimiento no homologable desde el punto de vista de complejidad técnica con la glucosa en suero. En este caso aplica lo normado en el artículo 87 y por lo tanto **se reconocerá a la tarifa pactada con cada IPS**. En los casos que no esté pactado el valor del Dextrometer o glucometría, la tarifa que se aplicará será reconocer el 35% (\$5.285 para 2021) del valor de la Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos) código 19490.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000): Se reconoce según lo establecido en el artículo 19, con el código 1912735. Está sujeta a criterio de pertinencia médica y soporte en historia clínica.

### 8.5.2 Calcio ionizado o iónico

La medición seriada por protocolo de rutina de calcio ionizado o iónico está sujeta a criterio de pertinencia médica en pacientes hospitalizados y que se evidencie el análisis en historia clínica.


### 8.5.3 Proteína C Reactiva

Examen de laboratorio indicado para cuadros de SRIS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) y para aquellos de seguimiento y monitorización de procesos infecciosos; la periodicidad inferior a 72 horas está sujeta a criterio de pertinencia médica.

Su reconocimiento en la consulta de urgencias está sujeto al criterio de pertinencia médica y su respectivo soporte; esto, cuando la condición del paciente al ingreso requiere de un control de reactantes de fase aguda para definir conducta de manejo intrahospitalario.

### 8.5.4 Troponina I, Troponina T

Su reconocimiento será de acuerdo con la evaluación de pertinencia por Auditoría Médica y a la tarifa pactada en el contrato con la IPS; en caso de no existir tarifa pactada para la Troponina I, se reconocerá

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	31 de 61

el valor de su homólogo Troponina T. **La orden médica simultánea de las Troponinas Vs Creatincinasas (CPK) es excluyente.**

### 8.5.5 Gasimetría o gases arteriales

El examen de laboratorio gasimetrías, no es facturable en la Unidad de cuidado crítico UCI-UCE, ya que están incluidos en el valor de la estancia, según el artículo 43 y 44 del Manual SOAT y el artículo 39 y 40 del Manual ISS 2000. En los demás servicios se reconoce de acuerdo con el criterio de pertinencia médica. La jeringa queda incluida en la tarifa del examen, según el artículo 81 del Manual SOAT, pero es facturable según el artículo 105 del Manual ISS 2000.

Los gases arteriales, siguen siendo el criterio de referencia de la saturación de oxígeno; La pulsoximetría es valiosa a la hora de clasificar la condición de pacientes potencialmente hipóxicos.

Es importante aclarar que la gasimetría es solo un componente del equilibrio ácido- base.

### 8.5.6 Exámenes de laboratorio por índices o por aplicación de fórmulas

Los resultados de exámenes de laboratorio que se obtengan a través de índices o por aplicación de fórmulas, no generarán cobro.

La fórmula de Friedewald para calcular el colesterol de baja densidad o LDL.  
 $LDL = CT - (HDL + TG/5)$ .

Cuando se facture perfil lipídico completo no se reconoce el LDL debido a que este puede ser calculado por fórmula, por lo tanto, el código 19241 Colesterol LDL no es facturable. No hay indicación ni pertinencia para la realización del colesterol LDL enzimático (no calculado) si los triglicéridos son inferiores o iguales a 400 mg/dl.

No se reconoce la urea, realizada simultáneamente con el nitrógeno ureico (BUN), debido a que esta puede ser calculada por fórmula.

$$BUN = Urea / 2.1428$$

$$Urea = BUN \times 0.357$$


### 8.5.7 Cuadro hemático y recuento de plaquetas

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

El recuento de plaquetas y la velocidad de sedimentación no están incluidas en el código 19304 "Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma". El reconocimiento de estos exámenes de laboratorio clínico se realizará según pertinencia médica.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Los hemogramas tipo III, IV y V incluyen el recuento plaquetario y la velocidad de sedimentación, por lo que no se reconoce el cobro adicional y simultáneo de estos parámetros.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	32 de 61

### 8.5.8 Dímero D

Laboratorio No homologable con productos de la degradación del Fibrinógeno. Para el manual ISS 2000 se reconoce la tarifa establecida y contratada por dicho manual; para el manual SOAT por carecer de código, se reconocerá la tarifa pactada. En caso de no haber tarifa pactada entre las partes se reconocerá a la establecida por SAVIA SALUD EPS teniendo en cuenta la fecha de prestación del servicio y la pertinencia médica.

### 8.5.9 Pruebas obligatorias e incluidas en el valor de la unidad de hemocomponentes

El Decreto 1571/1993 en su ARTÍCULO 42 define que los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todas y cada una de las unidades recolectadas las siguientes pruebas:

- Determinación Grupo ABO (detección de antígenos y anticuerpos).
- Determinación Factor Rh (antígeno D) y variante Du, en los casos a que haya lugar.
- Prueba serológica para sífilis.
- Detección del antígeno del virus de la hepatitis C.
- Detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.
- Detección de anticuerpos contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV) 1 y 2.
- Otros que de acuerdo con los estudios de vigilancia epidemiológica se establezcan para una región determinada por parte del Ministerio de Salud.

Para el Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) aplica lo definido en el artículo 29 parágrafo 2: Si por razones epidemiológicas o de riesgo, en determinada región, se hace necesario practicar en el donante cualquiera de las siguientes pruebas: HTLV-I, anticuerpos anti HTLV-I o HTLV-II anticuerpos anti HTLV-II; estas se pagarán en forma adicional por la respectiva tarifa fijada en el Manual.


Como la Resolución 437 de 2014 determinó la práctica obligatoria de pruebas de anticuerpos contra el virus linfotrópico de células T humanas I/II -HTLV I/II. Se pagarán en forma adicional por la respectiva tarifa fijada en el manual HTLV I-II.

### 8.5.10 Pruebas Cruzadas Mayores

Prueba realizada al receptor (suero del paciente contra GR del donante), por lo tanto, es facturable. No son facturables la hemoclasificación prueba globular, prueba sérica y el factor Rh por estar incluidos en el valor de las pruebas cruzadas mayores. Tener en cuenta que cuando se hace reserva de hemocomponentes sólo se reconoce la hemoclasificación sanguínea y factor Rh con el código 19509 en Manual SOAT y códigos 1911090 o 1911095 en Manual ISS 2000, pero sólo si no se transfunde el paciente.

### 8.5.11 Pruebas cruzadas menores

De acuerdo con los manuales tarifarios no facturables. Determinan la presencia de anticuerpos del donante contra los hematíes del receptor, están incluidas en el procesamiento de cada unidad según lo

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	33 de 61

dispuesto en el artículo 32 del Decreto 2423 de 1996 y en el párrafo 3 del artículo 29 del Acuerdo 209 de 1999.

### **8.5.12 Anticuerpos Irregulares**

Esta prueba de laboratorio clínico se le realiza al receptor, no a la unidad a transfundir, por lo tanto es facturable. Se reconoce uno por transfusión independientemente del número de unidades aplicadas. Y por protocolos de banco de sangre no se reconocen antes de 72 horas posteriores a la transfusión; solo aplica cuando se haya trasfundido Glóbulos Rojos y no los demás hemoderivados.

### **8.5.13 Clasificación Sanguínea ABO y RH**

No se reconoce cuando realizan simultáneamente prueba de compatibilidad cruzada mayor.

### **8.5.14 Coombs Indirectos cuantitativos**

Prueba realizada al receptor. Facturables según artículo 32 del Manual SOAT y artículo 29 del Manual ISS 2000.

Directo: detecta anticuerpos que ya están pegados en la superficie de los glóbulos rojos de la madre. Estos anticuerpos se forman por diferentes enfermedades (muchas autoinmunes) o medicamentos. Pueden ser causa de destrucción de glóbulos rojos y, por tanto, de anemia o ictericia.

Indirecto: detecta anticuerpos contra Rh positivo que estén circulando en el plasma sanguíneo de la madre Rh negativo. Pueden existir por un embarazo previo con un bebé Rh positivo, o por un contacto con sangre Rh positivo por otros motivos (heridas, transfusiones sanguíneas, etc.).

### **8.5.15 Aplicación de hemocomponentes**


No se reconocerá la aplicación de hemoderivados en pacientes hospitalizados. La aplicación es un procedimiento realizado por personal de enfermería la cual está incluida en la estancia.

### **8.5.16 Plaquetaféresis, hemocomponente y estuche de aféresis**

El Kit o estuche de aféresis se reconoce a tarifa del contrato. Dicho estuche de aféresis contiene 2 bolsas de concentrado de plaquetas, un filtro, solución anticoagulante y equipo de transfusión. No se reconoce el filtro, ni el anticoagulante como valor adicional al kit.

### **8.5.17 Plasmaféresis**

Facturable. También llamado recambio plasmático. Es el procedimiento mediante el cual se extrae sangre total de un donante, con el objeto de hacer la separación física del plasma y reinfundir el concentrado de células sanguíneas al respectivo donante.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	34 de 61

### 8.5.18 Plaquetas de soldadura

No facturable. Procedimiento que consiste en sellar la unidad de plaquetas luego de que esta fue destapada y no utilizada en su totalidad. El sobrante de la unidad que se resella podría incluso utilizarse en otro paciente

### 8.5.19 Plaquetas pobre en leucocitos

Son las plaquetas que quedan después de retirar el contenido de leucocitos. Puede realizarse después de la recolección en los Bancos de Sangre o con filtros de desleucocitación en el momento previo de la transfusión. Su uso estaría indicado en pacientes que presenten reacciones por anticuerpos antileucocitarios. Se reconoce para ambos manuales tarifarios previa verificación de pertinencia y soportes en la historia clínica.

### 8.5.20 Glóbulos rojos leucorreducidos o desleucocitados

Se obtienen por procedimientos físicos (centrifugación, lavado, filtros especiales) que permiten reducir la cantidad de leucocitos a un nivel mínimo en el que no generen reacciones inmunológicas de hipersensibilidad en el receptor. Su uso estaría indicado en pacientes que presenten reacciones por anticuerpos antileucocitarios. Se reconoce para ambos manuales tarifarios previa verificación de pertinencia y soportes en la historia clínica.

## 8.6 Criterios técnicos para el pago de ayudas diagnósticas en Imagenología

Todos los implicados del sistema de salud deben reducir la exposición innecesaria de los pacientes a la radiación. Las entidades responsables y las personas que utilizan la radiación ionizante tienen que cumplir lo establecido con el uso racional del recurso.


Al momento de realizar la auditoría técnica se debe tener presente el contenido de los "KIT o SET" de materiales utilizados en los procedimientos, verificando su correcta facturación con el fin de no reconocer doblemente algunos insumos como catéteres, agujas especiales, etc.

### 8.6.1 Rayos X sin lectura por el especialista

Para ambos manuales, En caso de que el radiólogo no realice la correspondiente lectura, al valor estipulado para el examen se le descontará el veinticinco por ciento (25%). En los casos en que se haya utilizado portátil, el descuento será aplicado también a éstos; lo anterior basado en el parágrafo 1 del artículo 23 del Decreto 2423 de 1996 y en el parágrafo 1 del artículo 21 del Acuerdo 209 de 1999.

### 8.6.2 Portátil de rayos X

Debido a la necesidad de obtención de imágenes radiológicas en escenarios diferentes al servicio de radiología de una institución, bien sea en la sala de cirugía, la unidad de cuidados intensivos (UCI) o en la habitación del paciente, entre otras, el diseño de los equipos ha tenido cambios para permitir su fácil movilización y la entrada de los mismos en espacios reducidos.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	35 de 61

Los portátiles se utilizan para obtener imágenes radiológicas o fluoroscópicas sin desplazar al paciente al departamento de radiología, aun si este se encuentra en su cama de hospitalización o en la mesa de cirugía durante un procedimiento.

Para ambos manuales tarifarios (ISS 2000 y SOAT) son facturable con los códigos 21601 (Manual SOAT) y 212701 (Manual ISS 2000), en urgencias y/o en hospitalización su reconocimiento estará supeditado a las condiciones de movilidad del paciente, su reconocimiento estará sujeto de la auditoría y soporte.

Portátiles de Rayos X en UCI-UCE son facturables; es bueno aclarar que el portátil, aunque haga parte equipamiento mínimo de la UCI/UCE no significa que no sea facturable, porque el requerimiento mínimo es un condicionamiento de habilitación (artículo 108 Manual ISS 2000).

### 8.6.3 Portátil de ecografía

El Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) no tiene código asignado para la facturación de este servicio, sin embargo, para su facturación y en cumplimiento del artículo 87, la IPS puede crear un código propio, concertando la tarifa previamente con SAVIA SALUD EPS. Para los contratos convenidos a tarifa Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000), es facturable con el código 312124 (Portátil para práctica del procedimiento en habitación, quirófano, o unidad especial; adicional a la tarifa del examen). Lo anterior sujeto a auditoría de pertinencia médica y soporte en historia clínica.

Para servicios prestados y facturados con alguno de los manuales tarifarios, tanto en urgencias como en hospitalización, su reconocimiento dependerá de las condiciones de movilidad del paciente y estará sujeto al soporte en la historia clínica.


### 8.6.4 Insumos para tomografías y resonancias

Con respecto a los insumos consumidos en la realización de algún examen o procedimiento de Imagenología, los artículos 23 y 81 para el SOAT y el 21 y 105 para el ISS 2000, determinan cuáles insumos se podrán facturar en forma adicional, los demás están incluidos en el valor operativo del estudio realizado.

### 8.6.5 Resonancia Simple y con Contraste.

Para las resonancias se deben tener en cuenta las siguientes observaciones:

1. Cuando practicado el examen inicial se requiera realizar uno complementario con medio de contraste, para el Decreto 2423 de 1996 su tarifa será el equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor inicial, y para el Manual ISS 2000 su tarifa será un valor igual al cincuenta por ciento (50%) de la inicial; teniendo en cuenta que lo anterior en el manual ISS 2000 aplica cuando el complementario es con medio de contraste distinto al Gadolinio DTPA.
2. En la facturación con manual ISS 2000, al facturar el código 313322, Examen con el medio de contraste gadolinio DTPA, el artículo 21 en su párrafo 14 literal c) determina que El valor del

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	36 de 61

Gadolinio DPTA utilizado en los estudios con medio de contraste, está incorporado en la tarifa establecida para el código 313322; en consecuencia, no procede ningún cobro adicional por este concepto.

3. En el manual ISS 2000 al facturar el código 313322, Examen con el medio de contraste gadolinio DTPA, no se factura en forma adicional el área a estudiar porque el código 313322 incluye el valor del examen del área a estudiar.

### 8.6.6 Fluoroscopia

La fluoroscopia es el método de obtención de imágenes de rayos X con imágenes dinámicas, especialmente útil para guiar una gran variedad de exámenes diagnósticos e intervenciones. Su uso está indicado fundamentalmente para el estudio de estructuras en movimiento. Sirve de guía en todo tipo de cateterismo, procedimientos endoscópicos, estudios gastrointestinales y procedimientos diagnósticos intervencionistas, como biopsias y biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), y terapéuticos, como angioplastias, embolizaciones y otras.

El uso del fluoroscopia No es facturable cuando se utiliza en la realización de ayudas diagnósticas (está incluido el en valor operativo del estudio); solo es facturable cuando se requiere para los procedimientos o intervenciones como son: implantación de marcapaso, colangiografía endoscópica retrógrada (CPRE), para cuerpo extraño endo-ocular (Sweet), algunos procedimientos de neurocirugía, Cirugía vascular, Urología. La única ayuda diagnóstica que requiere de fluoroscopia que tiene CUPS y código para facturar en el manual ISS 2000 es la Dacriocistografía.

### 8.6.7 Registros de película

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

Será facturable, una vez por todo el evento, según artículo 27 párrafo 2, **cuando se anexe como soporte el registro de película cinematográfico**. No es válido para facturación el registro en CD con tecnología digital.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

No facturable según lo dispuesto en el artículo 105.


### 8.6.8 Cineangiografía

Registro cinematográfico de las imágenes radiológicas de los vasos opacificados por una sustancia de contraste. Será facturable **cuando se anexe como soporte el registro de película cinematográfico**. No es válido para facturación el registro en CD con tecnología digital.

### 8.6.9 Doppler color

Hace 20 años (fecha en que se emitieron los manuales tarifarios) los equipos Doppler realizaban los estudios en blanco y negro (o en escala de grises), para obtener el color las IPS debían hacer un pago adicional; por esto los manuales tarifarios permiten su facturación. Sin embargo, actualmente todos los



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	37 de 61

equipos tienen el color incorporado como avance en la tecnología; por lo tanto, su facturación adicional no es procedente.

### 8.6.10 Guía ecográfica

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT). Se reconoce a la tarifa pactada, previa evaluación de la pertinencia médica y soporte en la historia clínica y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) es facturable según el código 312124. Lo anterior sujeto a auditoría de pertinencia médica y soporte en historia clínica.

### 8.6.11 Pletismografía

Es la evaluación funcional de las arterias de los miembros superiores o inferiores mediante la medición de cambios de volumen en la extremidad y mediante la medición de las presiones segmentarias en las extremidades; por lo tanto, no se reconoce el cobro adicional de la medición de presiones segmentarias, cuando estas no sean solicitadas por el médico tratante

### 8.6.12 TAC simple y contrastado

Si el código relacionado no contempla la tarifa de la ayuda diagnóstica en sus dos modalidades, se reconocerá un valor por el simple, por el contrastado y por el medio de contraste debidamente soportado.

### 8.6.13 Tomografía de vasos (Angiotomografía) Cups 87.9.9.01

Corresponde a una tomografía del área a estudiar con cortes a nivel de los vasos. Al no contener una tarifa definida en los manuales, se facturará con el código de la AngioTAC de la región anatómica específica y con la tarifa propia previamente convenida. No aplica el cobro adicional de Reconstrucción Tridimensional.


## 8.7 Criterios técnicos para el pago de otros procedimientos.

### 8.7.1 Electrocardiograma

Ayuda diagnóstica facturable en servicios ambulatorios e intrahospitalarios, excepto en las salas de cuidado crítico UCI y UCE donde está incluido el valor de la estancia; según lo normado en los artículos 43 y 44 del Manual SOAT y 39 y 40 del Manual ISS 2000.

### 8.7.2 Oximetría de pulso

Si bien la pulsoximetría resulta ser una medición útil para la toma de decisiones, no sustituye a la evaluación clínica ni es suficiente para un diagnóstico por sí sola. Las mediciones de gas en sangre arterial, obtenidas por punción arterial, siguen siendo el criterio de referencia de la saturación de oxígeno. La pulsoximetría es valiosa a la hora de clasificar la condición de pacientes potencialmente hipóxicos.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	38 de 61

Para ambos manuales tarifarios las oximetrías en cuidado crítico UCI-UCE, no son facturables, están incluidas en el valor de la estancia, Para los demás servicios se reconoce una por día, previa evaluación de la pertinencia médica en la historia clínica.

### 8.7.3 Terapias respiratorias

La Terapia Respiratoria es un conjunto de técnicas y procedimientos para el manejo de enfermedades respiratorias aplicables en adultos, pediátricos y neonatos, hospitalizados o ambulatorios, que al aplicarse coadyuvan al fortalecimiento y restauración de la función pulmonar mediante inhalaciones de medicamentos y con base en la humedad.

Estas terapias son facturables para ambos manuales tarifarios en todos los servicios ambulatorios y hospitalarios, excepto para el manual ISS 2000 donde están incluidas en **UCI-UCE**; esto de acuerdo con el artículo 39 de dicho manual. SAVIA SALUD EPS reconoce las terapias respiratorias por fisioterapeuta como personal idóneo y capacitado para su realización.

### 8.7.4 Fisioterapias

Las terapias físicas son facturables para ambos manuales tarifarios en todos los servicios ambulatorios y hospitalarios, su reconocimiento está condicionado a que hayan sido ordenadas por el médico tratante y a criterio de pertinencia médica y soporte en historia clínica.

### 8.7.5 Monitoría fetal intraparto

La monitoría fetal intraparto es facturable de acuerdo con los manuales tarifarios. Su reconocimiento está condicionado a criterio de pertinencia médica y soporte en historia clínica.


### 8.7.6 Lavado gástrico

El lavado gástrico es una técnica médica que permite succionar todo el contenido del estómago e introducir agua que limpie su interior para evitar que se absorban tóxicos ingeridos. El lavado gástrico no es equiparable al paso de una sonda nasogástrica (SNG), ambos procedimientos tienen una finalidad diferente y mientras una es orogástrica, la otra es a través de la nariz; por lo tanto, estos dos procedimientos no son homologables. En ámbito hospitalario es facturable sólo cuando el procedimiento es realizado por el Médico Especialista, porque tanto las actividades del médico general como de enfermería se encuentran incluidas en la estancia según lo normado en el artículo 40 del Manual SOAT y artículo 35 del Manual ISS 2000.

En los manuales tarifarios hace parte de los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos del capítulo IV (SOAT) y II (ISS 2000), por lo tanto, su tarifa es integral de acuerdo con lo normado en los artículos 81 del manual SOAT y el 105 del ISS 2000.

### 8.7.7 Cateterismo vesical

El cateterismo vesical o uretral es la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos. Las sondas vesicales o uretrales pueden ser colocadas por

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	39 de 61

cualquier profesional de la salud y en ocasiones por el paciente mismo. No se requiere preparación previa del paciente; por ello, el sondeo vesical por esta vía es el preferido, a menos que la vía uretral esté contraindicada. **Sólo se reconocerá cuando es realizado por urología en casos de difícil acceso.**

En los manuales tarifarios hacen parte de los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos del capítulo IV (SOAT) y II (ISS 2000), por lo tanto, su tarifa es integral de acuerdo con lo normado en los artículos 81 del manual SOAT y el 105 del ISS 2000.

### 8.7.8 Interconsulta o manejo por nutricionista

La alimentación adecuada al estado del paciente, excepto sustancias de nutrición enteral o parenteral, se encuentra incluida dentro del valor de la estancia por ser uno de los servicios básicos.

Para ambos manuales tarifarios (SOAT e ISS 2000), el recurso de nutricionista se encuentra incluido en el valor de la Unidad de quemados para ambos manuales tarifarios, por lo tanto, en las IPS que cuenten con unidad de quemados, ni la interconsulta, ni el manejo por nutricionista pueden ser facturados mientras se esté internado en dicho servicio.

La interconsulta de soporte nutricional especializado en paciente hospitalizado sólo es facturable en los casos que requiera nutrición parenteral o soporte enteral especial; el código que le corresponde es 37602 para el manual SOAT y el 37502 para el ISS 2000.

Para el manual ISS 2000 en paciente hospitalizado y posterior a la interconsulta, se pagará diariamente por cada uno y durante el tiempo que reciba este tipo de tratamiento, la tarifa del código 39142 (Manejo diario nutricional parenteral en paciente hospitalizado).


## 8.8 Criterios técnicos para el pago actividades médicas

### 8.8.1 Consulta de urgencias

Se reconoce en los casos en los que el paciente ingrese de manera espontánea por el servicio de urgencias y sea evaluado por el médico. No se reconoce consulta de urgencias en paciente remitido de IPS o ESE, siempre y cuando haya sido debidamente regulado, porque la misma fue reconocida en la IPS de origen. Para el manual ISS 2000, En los casos en que la consulta de urgencias la realice Médico Especialista se reconoce el código 39104. Para el manual SOAT (Decreto 2423 de 1996) el código 39145 (Consulta de urgencias) se aplica independientemente que profesional médico, general o especialista, realiza la consulta.

### 8.8.2 Consulta con médico Urgentólogo

La Resolución 5851 de 2018 anexo 2, le asigna el código CUPS 890793 a la consulta de urgencias por especialista en urgencias o emergencias y se encuentra dentro del plan de beneficios que define la Resolución 5857 de 2018; por lo tanto, esta es facturable como lo definen los manuales tarifarios para consulta por especialista definido en el ítem anterior. **No aplica el cobro como interconsulta.**

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	40 de 61

### 8.8.3 Cobro de Interconsulta

Es el acto mediante el cual un especialista, a solicitud del médico tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente. El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente cuando con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, el profesional interconsultado sea de especialidad o subespecialidad distinta a la del médico tratante; previa evaluación de pertinencia y soportes en la historia clínica.

### 8.8.4 Atenciones diarias postquirúrgicas

La atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico u obstétrico, sólo se reconocerá cuando supere los primeros 15 días postquirúrgicos. Aplica también en el paciente ambulatorio, que requiere una consulta o evaluación postquirúrgica. Decreto 2423 de 1996, Artículo 48, Parágrafo 7 y Acuerdo 209 de 1999 Artículo 97.

### 8.8.5 Interconsultas en UCI

Para el Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) los servicios profesionales de los especialistas, diferentes a los comprendidos en la estancia y que deban intervenir en la atención del paciente de Cuidado Intensivo, se reconocerá según la tarifa de interconsulta del artículo 48.

Para el Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000). La tarifa del código 39154 (Manejo diario del paciente en UCI por especialistas interconsultantes) comprende el valor de la atención de todo paciente en la UCI, por la participación de uno o más especialistas interconsultantes, cualquiera sea la especialidad e independiente del número de evaluaciones diarias que se realicen. (Artículo 46 parágrafo 8)

### 8.8.6 Consulta prequirúrgica y preanestésica


La valoración preoperatoria consiste en el proceso de valoración clínica y paraclínica que precede a una cirugía. Para el Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT), son facturables las ambulatorias y las intrahospitalarias en las cuales no se realice el procedimiento quirúrgico, según lo establecido en el artículo parágrafo 1 del artículo 48, artículo 75 y el artículo 76. Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000). Son facturables las ambulatorias y las intrahospitalarias en las cuales no se realice el procedimiento quirúrgico, según lo establecido el parágrafo 1 del artículo 46 y el artículo 97.

### 8.8.7 Consulta parto

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

No facturables la consulta preanestésica, ni los controles médicos parto ambulatorios a partir del octavo mes. El valor está incluido en los honorarios de la atención del parto; según lo establecido en el artículo 75.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	41 de 61

No facturables la consulta preanestésica, ni los controles médicos preparto ambulatorios a partir del octavo mes. El valor está incluido en los honorarios de la atención del parto; según lo establecido en el artículo 97.

### 8.8.8 Staff o junta médico-quirúrgica

Se entiende por Junta Médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante, a uno o más profesionales, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente (Decreto 3380 de 1981, artículo 15).

Para el Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT). La junta médica es Facturable, y se reconoce con el código 39144, por cada especialista por reunión. No se reconocen profesionales no médicos.

Para el Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000), La junta médica es Facturable, y se reconoce por evento y máximo 5 profesionales médicos y 2 no médicos; son facturables con los códigos 39128 y 39127 respectivamente.

### 8.8.9 Valoración inicial intrahospitalaria del recién nacido

No facturable en recién nacidos que requieran hospitalización. Lo anterior según lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 48 del Decreto 2423 de 1996 y el parágrafo 3 del artículo 46 del Acuerdo 209 de 1999.

### 8.8.10 Atenciones diarias o interconsultas por Oncología en quimioterapia


Tanto en el Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) artículo 35 como en el Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) artículo 30 parágrafo 7, los controles ambulatorios están incluidos en la tarifa de la aplicación de la quimioterapia.

### 8.8.11 Aplicación de quimioterapia

En el Manual SOAT la quimioterapia se factura según los códigos 33601 Monoquimioterapia (ciclo completo de tratamiento) y 33602 Poli-quimioterapia (ciclo completo de tratamiento) cualquier esquema de protocolo; en los casos en que se facture el código 33602, cuando se utiliza un solo medicamento, aduciendo que la toxicidad de este amerita cuidado y vigilancia, como si se tratara de una poli-quimioterapia; no se reconoce, sino que se aplica lo establecido en el Manual SOAT, es decir Monoquimioterapia.

En el Manual ISS 2000, se factura según los códigos 33305 cuando se utiliza cualquiera de estos fármacos: folinato de calcio (leucovorin), doxorubicina, ciclofosfamida, platino o carboplatino. Adicionalmente y teniendo en cuenta las nuevas tecnologías en salud, se reconocerá el código 33305 cuando se aplican los siguientes medicamentos:

- Cabazitaxel ampolla 60mg
- Ciclofosfamida ampolla 1gr
- Cisplatino ampolla 50mg
- Decitabina polvo liofilizado 50 mg

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	42 de 61

- Docetaxel ampolla 20-80 mg
- Doxorubicina ampolla 10 mg
- Doxorubicina liposomal ampolla 20 mg
- Epirubicina solución inyectable 50 mg
- Etopósido solución inyectable 100 mg
- Fludarabina ampolla 50 mg
- Ifosfamida ampolla 1g
- Irinotecan ampolla 100 mg
- Ixabepilona solución inyectable 15-45 mg
- Metotrexato ampolla 50-500 mg
- Mitoxantrona solución inyectable 20 mg
- Oxaliplatino ampolla 50-100mg
- Paclitaxel ampolla 30-100 mg
- Temsirolimus ampolla 30 mg
- Topotecan liofilizado 4 mg

El código 33304 aplica para la quimioterapia, que incluya cualquier fármaco distinto de los relacionados bajo el código 33305.

#### **8.8.12 Derechos de Sala y de Materiales en Quimioterapia**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) es Facturable como sala especial para procedimiento incruento (45% del valor del procedimiento), siempre y cuando esté soportado el uso de esta en la historia clínica. Se reconoce adicionalmente el código 39305 por los materiales empleados.


Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) No son facturables el derecho de sala y derecho de materiales, porque se trata de procedimientos con tarifa integral según lo establecido en el artículo 105 del Acuerdo 209 de 1999.

#### **8.8.13 Implantación de Catéter Venoso Central**

En la actualidad el 90 a 95% de las implantaciones de catéter subclavio, femoral o yugular por punción (cateterización venosa central) son colocados por radiología o hemodinamia guiados por ecografía y no en quirófanos de cirugía; por lo tanto, estos deben ser facturados con un código de hemodinamia o radiología intervencionista. En ambos manuales tarifarios se tiene para el Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) el código 25138 (Colocación catéter de Swan Ganz) y para el acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) el código 25113 (Colocación de catéter de Swan Ganz); teniendo en cuenta que el catéter Swan Ganz es uno de los catéteres venosos centrales utilizados en medicina.

Para ambos manuales tarifarios, cuando la implantación se realiza dentro del acto anestésico en un procedimiento quirúrgico, no es facturable porque hace parte del monitoreo para la vigilancia del evento quirúrgico y por lo tanto está dentro de los honorarios que se reconocen por este; y cuando es realizada



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	43 de 61

en la UCI-UCE por el intensivista, dicha implantación está incluida dentro del valor reconocido como estancia; por lo tanto, no es facturable. En estos dos últimos casos sólo se reconocerán los materiales.

Cuando se realice como procedimiento quirúrgico en el paciente hospitalizado, la facturación del procedimiento implantación de catéter por punción se hará con los códigos 9185 del Manual SOAT y 9184 del Manual ISS 2000, y se liquida a la tarifa del especialista que lo realiza (cirujano o anestesiólogo); para tal caso se debe evidenciar, en la historia clínica, la utilización del quirófano.

## **8.9 Criterios técnicos para el pago otros procedimientos Médicos**

### **8.9.1 Procedimientos percutáneos de radiología intervencionista**

En la auditoría técnica se debe tener presente cuando las IPS facturan los KIT o SET de materiales en algún procedimiento, se debe verificar que compone dicho KIT o SET para no pagar doblemente algunos catéteres, agujas especiales, etc. El código 313247 (Guía punción vascular, para colocación de catéteres) del Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) aplica su facturación sólo para la implantación de catéter vascular, no para otro tipo de procedimientos.

El código 313120 (Guía ecográfica para procedimiento: biopsia percutánea, punción, aspiración; a la tarifa del estudio, agregar por servicios profesionales) aplica su facturación en compañía del código de ecografía del área intervenida, pero sólo para procedimientos ecográficos NO en radiología intervencionista, porque en estos últimos el valor operativo del estudio los incluye y es por esto que tiene una tarifa diferencial superior.

El Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT), sólo aplica el cobro o facturación de guía para procedimientos escenográficos y el código que se debe utilizar es el 21721 (Guía escenográfica para procedimientos intervencionistas; a la zona agregar:).


En la facturación y auditoría integral tanto técnica como médica de los procedimientos intervencionistas, se debe tener en cuenta la integralidad en la cobertura de los articulados y párrafos de cada uno de los manuales tarifarios (Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000)) designados para intervencionismo como son el párrafo 5 del artículo 21 del Manual ISS 2000 y el párrafo 3 del artículo 23 del Decreto 2423/1996.

### **8.9.2 Hemodiálisis**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).  
Se reconocerá la tarifa pactada previamente entre la IPS y SAVIA SALUD EPS.

### **8.9.3 Diálisis peritoneal**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	44 de 61

Se reconocerá la tarifa pactada previamente entre la IPS y SAVIA SALUD EPS.

#### 8.9.4 Procedimiento sutura

En el manual SOAT, cuando se realice una sutura en la piel, se reconocerá el código 39146, una vez por cada herida. En los casos que por pertinencia médica y con justificación en la historia clínica, se requiere de la participación del especialista en cirugía plástica para realizar la sutura, se reconocerá el código 15110 en sutura de herida (una o dos) excepto cara y 15111 en sutura de heridas múltiples (más de tres o una extensa de más de 10 cm), excepto cara.

En el Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) Cuando se realice una sutura en la piel, se reconocerá el código 39146, una vez por herida; teniendo en cuenta que para este manual el código 39146 incluye la consulta de urgencias. En los casos que, por pertinencia médica con justificación en historia clínica, se requiere de la participación del especialista en cirugía plástica para realizar la sutura, se reconocerá según lo establecido para los códigos 15120 a 15123.

En los procedimientos quirúrgicos, las suturas simples en partes blandas concomitantes con lesiones mayores, se consideran parte integrante del tratamiento quirúrgico de la lesión mayor, según lo establecido en el artículo 85, por lo tanto, estas no serán facturables.

#### 8.9.5 Intubación orotraqueal o endotraqueal

Para ambos manuales tarifarios, Cuando la intubación orotraqueal es realizada en la UCI-UCE por el intensivista, dicho procedimiento está incluido dentro del valor reconocido como estancia; por lo tanto, no es facturable. En este caso los materiales e insumos por corresponder a un procedimiento de los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento del manual, se reconocerán de acuerdo con el artículo 81 del Decreto 2423 de 96, y el artículo 105 del manual ISS 2000.


En los servicios diferentes a la UCI/UCE, sólo se reconoce en los casos de reanimación; para el manual SOAT con el código 37507 y para el manual ISS 2000 con el código 37406. En ambos manuales tarifarios no procede el cobro del tubo y demás materiales, porque al ser procedimientos de diagnóstico y tratamiento, están regidos por lo establecido en los artículos 57 y 81 para el manual SOAT y los artículos 58 y 105 del manual ISS 2000.

#### 8.9.6 Procedimientos quirúrgicos

Toda autorización de servicios solicitada a SAVIA SALUD EPS, estará sujeta a la auditoría de la cuenta médica al momento del reconocimiento en la facturación, deberá corresponder lo solicitado, lo autorizado, con lo realizado y lo facturado; en caso contrario será objetado el servicio.

#### 8.9.7 Vía de acceso en procedimientos quirúrgicos

Vía de acceso, es la entrada quirúrgica a un órgano o región. (Resolución 5261 de 1994 artículo 23). Para el Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) Es la entrada quirúrgica a un órgano o región por orificio natural o a través de una o más incisiones en piel y/o mucosas.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	45 de 61

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

La vía de acceso no da derecho a cobro adicional, excepto cuando se efectúe con fines diagnósticos y no haga parte de otra intervención; según el artículo 69 del Decreto 2423 de 1996 y el artículo 86 del Acuerdo 209 de 1999. Los diferentes procedimientos se reconocen según pertinencia médica y justificación soportada en historia clínica.

El manual ISS 2000 en su artículo 87 para el pago de intervenciones quirúrgicas y procedimientos múltiples, determina las vías de acceso en relación con los casos que se señalan a continuación:

- a) Oftalmología: 1) extraocular y anexos, que comprende: aparato lagrimal, párpados, conjuntiva, músculos oculares y palpebrales, córnea, esclerótica, iris y cuerpo ciliar.; 2) intraocular, que comprende: cámara anterior y posterior; 3) órbita.
- b) Oído: 1) oído externo: procedimientos efectuados por el conducto auditivo externo y pabellón auricular; 2) vía transmastoides; 3) vía transoral; 4) vía transnasal.
- c) Procedimientos de cirugía laparoscópica, artroscópica o toracoscópica: 1) una sola vía, cualquiera sea el número de incisiones que se practiquen.
- d) Cirugía abdominal: 1) órganos de la cavidad preperitoneal; 2) órganos de la cavidad retroperitoneal con lumbotomía; 3) cavidad abdominal inferior con abordaje mixto por laparotomía y a través de orificio natural.
- e) Órganos intratorácicos: 1) una sola vía por cada hemitórax

### 8.9.8 Procedimiento quirúrgico bilateral

Son las operaciones iguales que se practican en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares, o en elementos anatómicos de los dos miembros superiores e inferiores. (Resolución 5261 de 1994 artículo 23). Tanto el manual SOAT) como el manual ISS 2000 definen para la aplicación de la bilateralidad, las Intervenciones que se practiquen en los órganos o elementos anatómicos que a continuación se listan:


- a) Ojo, oído, glándula salival, maxilar superior o inferior, malar, seno paranasal, plexo nervioso (cervical, braquial y lumbar), mama, glándula suprarrenal, riñón, uréter, testículo, epidídimo, ovario y trompa de Falopio (excepto ligadura).
- b) Miembros superiores o inferiores.
- c) Hernia inguinal, femoral o crural

El manual ISS 2000 también considera como bilaterales las intervenciones que se practiquen en pulmón.

Es de anotar que no aplica bilateralidad para los procedimientos de intervencionismo ni de hemodinamia.

### 8.9.9 Ayudantía quirúrgica

El ayudante quirúrgico es el médico general o especialista que ayuda al cirujano a realizar la cirugía. Los servicios profesionales de ayudantía quirúrgica se reconocerán en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos, efectuados en el quirófano y cuando para su realización se requiera de este recurso, cualquiera sea el número de profesionales que intervengan o participen. Adicionalmente sólo se

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	46 de 61

reconocerán los servicios de ayudantía a médicos titulados, no importando que se encuentren en entrenamiento.

Para el manual ISS 2000 existe las salvedades en las cuales se podrá pagar el valor hasta de dos (2) ayudantes, y es en los casos de cirugía con circulación extracorpórea, reemplazo de cadera, en los trasplantes de: corazón, pulmón, riñón y cirugías reconstructivas bilaterales múltiples en miembros inferiores, efectuadas en forma simultánea por dos especialistas de igual especialidad e identificadas bajo los códigos 13320,13422 y 13908.

Los servicios profesionales de ayudantía quirúrgica se reconocen para el Decreto manual SOAT en los procedimientos quirúrgicos a partir del Grupo 06, y en el manual ISS 2000 los que tengan 50 o más UVR.

#### **8.9.10 Procedimiento desbridamiento quirúrgico**

Los códigos 15102 y 15103 (Manual SOAT) y 15101 a 15108 (Manual ISS 2000), aplican para cobro cuando según pertinencia médica soportada en historia clínica se requiera su realización por el especialista. El desbridamiento superficial de preparación del lecho denominado “mermelada de fresa” está incluido en la colocación del injerto y por lo tanto no aplica cobro adicional.

#### **8.9.11 Sección de adherencias abdominales**

La sección o liberación de adherencias que se realiza para acceder a un área quirúrgica no es facturable porque dicha sección hace parte de la vía de acceso. Sólo es facturable la sección de adherencias peritoneales cuando se realiza como único tratamiento quirúrgico de un proceso obstructivo intestinal.

#### **8.9.12 Toracostomía (Tubo a tórax)**

Cuando se realiza una cirugía torácica (toracostomía o estereotomía) se debe dejar un tubo a tórax sobre el hemitórax intervenido (toracostomía), como método de drenaje para evitar que se acumulen fluidos después del procedimiento quirúrgico; en estos casos dicha colocación del tubo a tórax NO es facturable porque es complementaria con la cirugía torácica. Por lo tanto, sólo es facturable como tratamiento único.


#### **8.9.13 Punción Lumbar**

La punción lumbar para anestesia no es facturable. Procedimiento incluido en los honorarios de anestesia, según lo dispuesto en el artículo 48 del Decreto 2423 de 1996 y en el artículo 44 y en el párrafo del artículo 97 del Acuerdo 209 de 1999.

#### **8.9.14 Anestesia en Parto**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

Según lo dispuesto en el numeral 2 artículo 48, los honorarios de anestesia en parto se reconocen con el código 39116.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	47 de 61

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Se reconoce anestesia para parto normal o intervenido, según las UVR del procedimiento.

### **8.9.15 Otros Procedimientos realizados por el Anestesiólogo durante la realización de un procedimiento quirúrgico**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

La realización de procedimientos por el anestesiólogo durante el acto quirúrgico no son objeto de cobro adicional, ya que hacen parte integral de la tarifa de servicios profesionales, pues la responsabilidad de este no se limita sólo a suministrar la anestesia, sino que implica además la realización de actividades necesarias para garantizar el acceso venoso o arterial, la vigilancia de la aplicación de hemocomponentes y las maniobras de resucitación, entre otros. (Ver artículo 48 del Manual SOAT y el artículo 44 y parágrafo del artículo 97 del Acuerdo 209 de 1999).

### **8.9.16 Aplicación de Línea Arterial en UCI-UCE**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

La implantación de catéter por punción o instalación de línea arterial realizadas en la UCI-UCE están incluidas en la estancia por ser actividades propias del actuar médico del especialista en cuidado intensivo, por lo tanto, no son facturables. Sólo se reconocerán los materiales. (Ver artículos 43 y 44 del Manual SOAT y los artículos 39 y 40 del Manual ISS 2000).

Cuando este procedimiento es realizado por otra especialidad, el análisis será de pertinencia médica y racionalidad de costos.

### **8.9.17 Procedimientos propios de la atención médica del Especialista en Cuidado Intensivo**


Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

La realización de procedimientos por el especialista en cuidado intensivo se incluye en la estancia UCI-UCE por ser actividades propias del acto médico de dicha especialidad y por lo tanto no son facturables (Ver artículos 43 y 44 del Manual SOAT y los artículos 39 y 40 del Acuerdo 209 de 1999).

## **8.10 Criterios técnicos para los dispositivos médicos**

En los casos en que no se tenga tarifa pactada entre las partes para los dispositivos médicos y medicamentos se reconocerá a la tarifa establecida por Savia Salud EPS. Para actualizar una tarifa se requiere realizar un OTROSÍ al contrato, firmar entre las partes para luego ser parametrizado.

Los dispositivos médicos que correspondan a los equipos y sus accesorios constituyen parte de la tarifa del procedimiento, la sala de cirugía o sala especial y por lo tanto no procede su cobro. Los insumos o material médico-quirúrgico, desechables, de único uso, que estén en contacto con el paciente, que sean

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	48 de 61

pertinentes y debidamente soportados en la historia clínica, se reconocen según articulado explicativo del Manual Tarifario contratado para cada caso particular y en los casos en que proceda su reconocimiento se liquidarán a tarifa del contrato, por consumo y soporte en la historia clínica.

### 8.10.1 Cobro por uso de accesorios y equipos en procedimientos cruentos o incruentos

Procedimiento Incruento es aquel que se realiza por orificios naturales, donde no es necesario abrir tejidos o músculos y no hay derramamiento de sangre. Cateterismo, reducción cerrada de fractura y luxación, fotocoagulación de retina, algunos procedimientos endoscópicos, etc. Con respecto de la facturación de estos procedimientos, **SIEMPRE** son realizados en Sala Especial.

En los manuales tarifarios para los procedimientos incruentos, no hay lugar al cobro adicional por el empleo de los equipos y sus accesorios e implementos que se utilicen en la práctica de las intervenciones y procedimientos, aunque estos no sean reutilizables, según lo dispuesto en el Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) artículo 49 parágrafo 2 y artículo 80, Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000) parágrafo 6 del artículo 48. La única excepción de lo anterior son las cuchillas para el artroscopio; según lo dispuesto del artículo 51 Manual ISS 2000.

Savia Salud EPS reconocerá los trocares según tarifa pactada entre las partes, soporte en la descripción operatoria y pertinencia. No se reconocerá la facturación del uso de láser en forma adicional de acuerdo con los manuales tarifarios, Decreto 2423 de 1996 artículo 79 y manual ISS 2000 artículo 104.

### 8.10.2 Materiales de sutura y curación

En ambos manuales tarifarios se reconocen los materiales de sutura y curación, para las intervenciones cruentas e incruentas o procedimientos que sean realizados en salas especiales o quirófanos.

No se reconocerá el código de materiales de sutura y curación en procedimientos que no tengan soportado el uso de la sala especial. Tampoco se reconocerá la facturación de materiales de sutura y curación por consumo, cuando se evidencie la realización de un procedimiento en una sala especial o en un quirófano (si es de grupo quirúrgico 13 o menor en el Manual SOAT o si es menor de 170 UVR para el manual ISS 2000).

### 8.10.3 Material médico quirúrgico en parto y legrado uterino obstétrico y ginecológico


Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

En los procedimientos obstétricos de parto, legrado uterino obstétrico y ginecológico, el valor del material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno y agentes anestésicos que se consuman en la atención del procedimiento están incluidos en los derechos de sala, por lo tanto, no aplica cobro adicional de Material Médico Quirúrgico (Ver parágrafo 3 del artículo 55).

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

El material médico-quirúrgico en parto y legrado uterino obstétrico y ginecológico es facturable de acuerdo con el número de UVR de cada procedimiento.



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	49 de 61

#### **8.10.4 Materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

Se entiende como todos los suministros que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel y mucosas, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados. Y se reconoce únicamente en los POP complicados con fascitis necrosante, fistulas, osteomielitis y abscesos de pared abdominal o con curaciones en abdomen abierto; en los quemados o heridas traumáticas que presenten pérdida de sustancias; y en las escaras de decúbito, úlceras isquémicas o gangrena gaseosa, se reconocerá diariamente adicional a la tarifa de la estancia el código 39300 en los días que se realicen curaciones como parte del tratamiento de su complicación. Ver parágrafo 3 del artículo 40.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Se entiende como todos los suministros que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel y mucosas, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados. Y se reconoce únicamente en pacientes que presenten complicaciones por morbilidad no imputable al prestador del servicio. Ver parágrafo 3 del artículo 35.

#### **8.10.5 Material Médico Quirúrgico según el Artículo 55 del Manual Tarifario SOAT**

No se reconocen medicamentos, soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos utilizados durante el procedimiento quirúrgico, ya que se encuentran incluidos en el código de material médico-quirúrgico del grupo en que se encuentre clasificado el procedimiento.

El oxígeno, agentes y gases anestésicos tampoco son facturables en los procedimientos clasificados en los grupos especiales 22 a 23 del Manual SOAT, ya que están incluidos en la tarifa correspondiente a derechos de sala.


#### **8.10.6 Material Médico Quirúrgico según el Artículo 55 del Manual Tarifario ISS 2000**

No se reconocen soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos utilizados durante el procedimiento quirúrgico, ya que se encuentran incluidos en el código de material médico-quirúrgico en que se encuentre clasificado el procedimiento. Los medicamentos sí son facturables y se reconocen a la tarifa del contrato, por consumo y según pertinencia médica y soporte en historia clínica.

El oxígeno, agentes y gases anestésicos tampoco son facturables en los procedimientos con más de 170 UVR, ya que según lo normado en el parágrafo 1 del artículo 55 del Acuerdo 209 de 1999, están incluidos en la tarifa correspondiente a derechos de sala.

#### **8.10.7 Material Médico Quirúrgico según el Artículo 57 del Manual Tarifario SOAT**

Se reconocerán a tarifas del contrato los suministros de prótesis y órtesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central,

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	50 de 61

marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del Artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención o procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV.

### **8.10.8 Material médico quirúrgico según el Artículo 58 del Manual Tarifario ISS 2000**

Se reconocerán a tarifas del contrato los suministros de prótesis y órtesis; injertos, homoinjertos, válvulas, catéteres y sondas; tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas y medias ortopédicas; equipos de presión venosa central, marcapasos; elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos, sustancias de nutrición enteral y parenteral, gases de uso intraocular, líquidos perfluorocarbonados para oftalmología, material viscoelástico, kit de aféresis y para transfusión autóloga y rescate mecánico intrahospitalario, trocar fungible para primera punción, STENTS y otros elementos de uso médico, distintos a los definidos en el Parágrafo 6 del Artículo 55 de este Manual, utilizados en la práctica de cualquier intervención quirúrgica o procedimiento relacionado en el Capítulo I y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, cuando no se trate de los utilizados en la realización de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo II, definidos en el Artículo 105 como integrantes de la tarifa.

### **8.10.9 Bisturí y/o tijera Harmónico, Bisturí Enseal, Surgitrón, Aspirador Ultrasónico.**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000)

Estos dispositivos tienen indicación médica en procedimientos que es costo-efectiva y de alta complejidad; previa evaluación de pertinencia médica por Auditoría, por lo tanto, se reconocerán según la tarifa definida en la ficha del contrato.

### **8.10.10 Micro nebulizador y Set de nebulización.**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

No es facturable se encuentra incluido en el valor de la nebulización y la terapia respiratoria, ya que los procedimientos tienen tarifa integral, según lo descrito en el artículo 81 del Decreto 2423 de 1996 y el artículo 105 del Acuerdo 209 de 1999.


### **8.10.11 Sensor de capnografía o accesorios del capnógrafo**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Dispositivo accesorio del equipo necesario para el monitoreo, no está en contacto con el paciente, por lo tanto, se encuentra incluido en los derechos de sala y no es facturable.

### **8.10.12 Sensor de oximetría**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	51 de 61

No facturable, ya que es un dispositivo que hace parte del equipo necesario para el monitoreo del paciente en cuidado crítico y por lo tanto está incluido en la estancia conforme con el artículo 43 del Decreto 2423 de 1996 y artículo 39 del Acuerdo 209 de 1999. En hospitalización general tampoco es facturable por requerirse para un procedimiento con tarifa integral; artículos 81 y 105 del SOAT e ISS respectivamente.

#### **8.10.13 Sensor de gasto cardíaco en UCI-UCE**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Insumo que está en contacto directo con los fluidos del paciente, por lo tanto, es facturable según lo establecido en el artículo 57 del Decreto 2423 de 1996 y en el artículo 58 del Acuerdo 209 de 1999. Se reconoce a la tarifa definida en la ficha del contrato, por pertinencia médica y con soporte en historia clínica.

#### **8.10.14 Cortador lineal, grapadoras, endograpadoras y grapas.**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Estos insumos tienen indicación médica que es costo-efectiva en cirugía oncológica de pulmón, gástrico y de recto y cirugías mayores. La tarifa de las grapadoras será la definida en la ficha del contrato. En cuanto a las grapas “agrafes” no se reconocen según el parágrafo 5 del artículo 55 y parágrafo 6 del artículo 55 del manual SOAT e ISS 2000 respectivamente, excepto procedimientos mayores a partir del grupo quirúrgico 20 o 170 UVR (materiales por consumo). Es de anotar que la grapadora circular no tiene recargas.

#### **8.10.15 Transductor de presión, transductor arterial y transductor Vamp.**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Facturables. Se reconoce uno por cada línea.

#### **8.10.16 Sistema de succión traqueal**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).


Facturable y se reconoce uno cada 72 horas, excepto en los casos que con evidencia en la historia clínica se requiera cambios en menos de 72 horas, debido al alto volumen de secreciones.

#### **8.10.17 Humidificador**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Insumo utilizado para la administración del oxígeno al paciente, por lo tanto, es facturable y se reconoce siempre y cuando esté debidamente soportado en la historia clínica.

#### **8.10.18 Incentivador o Inspirómetro Incentivo**

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	52 de 61

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

Dispositivo utilizado en la terapia respiratoria, por lo tanto, no facturable por estar incluido en la tarifa de esta.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Es facturable según lo estipulado en el párrafo 1 del artículo 33 del Acuerdo 209 de 1999, el cual se reconocerá uno por estancia.

#### **8.10.19 Linner Vialflex**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Facturables y se reconoce uno cada 7 días, excepto en los casos que por pertinencia médica se requiera cambio en menor tiempo y se deje el correspondiente soporte en historia clínica.

#### **8.10.20 Filtro nariz de camello, filtro antibacterial, filtro HMEF, filtro Hygrobac**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Facturable y se reconoce uno cada 72 horas, excepto en los casos que con evidencia en la historia clínica se requiera cambios en menos de 72 horas, debido al alto volumen de secreciones.

#### **8.10.21 Aire Rees.**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000)

Facturable. Insumo en contacto directo con secreciones del paciente. (Ver artículos 43, 49 y 57 del Manual SOAT y artículos 39, 48 y 108 del Manual ISS 2000).

#### **8.10.22 Inhalocámara, mascarilla y cánula nasal**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Facturables y se reconocen según soporte y pertinencia médica.


#### **8.10.23 Equipo ambú (BVM – Bolsa válvula mascarilla)**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000)

Se reconoce, según soporte en la historia clínica con evidencia de que se trata de un dispositivo de único uso. (Ver artículo 57 del Decreto 2423 de 1996 y artículo 58 del Acuerdo 209 de 1999).

#### **8.10.24 Circuito de anestesia (manguera corrugada)**

También llamado sistema anestésico, sistema o circuito respiratorios, que constituye el conjunto de elementos que permiten la conducción de gases y/o vapores anestésicos al paciente y desde el paciente,

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	53 de 61

siendo al mismo tiempo el medio a través del cual se establece el intercambio de gases respiratorios con el exterior. Facturable (ver los artículos 43 y 49 del Decreto 2423 de 1996 y artículo 39 y 48 del Acuerdo 209 de 1999).

#### **8.10.25 Equipo de extensión de anestesia.**

Equipo para **venoclisis**, con longitud especial para procedimientos donde el anesthesiólogo interviene constantemente (tiene 235 centímetros de extensión) y dos sitios o puntos de inyección para medicamentos, es un insumo no facturable si se utiliza en cirugía, ya que se trata de un elemento incluido en el párrafo 5 del artículo 55 del Decreto 2423 de 1996 y artículo 6 del párrafo 55 del Acuerdo 209 de 1999), pero si se utiliza en hospitalización, se reconoce su valor tal cual lo establece el artículo 56 del Decreto 2423 de 1996 y el párrafo 2 del artículo 57 del Acuerdo 209 de 1999.

#### **8.10.26 Trampa Lukens.**

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT) y Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Insumo para recolección de muestras bronquiales para laboratorio. Es facturable y se reconoce por pertinencia médica y con soporte en historia clínica.

#### **8.10.27 Juego de ventury**

Facturable según artículo 57 del Manual SOAT y artículo 58 del Manual ISS 2000.

#### **8.10.28 Máscara de No reinhalación**

Facturable según artículo 58 del Manual ISS 2000 y artículo 57 del Manual SOAT. Se reconoce a la tarifa definida en la ficha del contrato, por pertinencia médica y con soporte en historia clínica.

#### **8.10.29 Electrodo en quirófanos, UCI y UCE**


Facturables, según lo establecido en el artículo 57 del Decreto 2423 de 1996 y en el artículo 58 del Acuerdo 209 de 1999.

#### **8.10.30 Catéteres Intravenosos**

Según protocolos de enfermería se reconoce un catéter IV cada 72 horas por acceso venoso. En los casos en que se facture con un tiempo menor, debe soportarse la justificación en la historia clínica (la curva de aprendizaje del personal en ejercicio y/o en entrenamiento no debe ser asumida por el asegurador).

#### **8.10.31 Equipo macro gotero y bomba de Infusión**

Facturables en hospitalización según artículos 40 y 57 del Manual SOAT y artículo 35 y 58 del Manual ISS 2000. No facturable en cirugía según párrafo 5 del artículo 55 del Manual SOAT y párrafo 6 del artículo 55 del Manual ISS 2000. No facturable en procedimientos realizados en sala especial, según artículo 105 del Manual ISS 2000 y artículo 81 del SOAT

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	54 de 61

### 8.10.32 Dispositivo de Irrigación

Facturable según artículo 58 del Acuerdo 209 de 1999 y artículo 57 del Decreto 2423 de 1996. Se reconoce a la tarifa definida en la ficha del contrato, por pertinencia médica y con soporte en historia clínica.

### 8.10.33 Llave de tres vías

No facturable en cirugía según artículo 55 parágrafo 5 (SOAT) y artículo 55 parágrafo 6 (ISS 2000). No facturables en procedimientos realizados en sala especial según artículo 81 (SOAT) y artículo 105 (ISS 2000). Facturables en hospitalización según artículo 57 (SOAT) y artículo 58 (ISS 2000).

### 8.10.34 Jeringa de gases arteriales

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT). No facturable ya que está incluida en el valor del examen. Los gases arteriales son un procedimiento del capítulo IV con tarifa integral por lo tanto no aplica cobro de insumos adicionales, según lo dispuesto en el artículo 81 del Decreto 2423 de 1996.

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Es facturable según lo dispuesto en el artículo 105.

### 8.10.35 Aguja stimuflex y aguja punta lápiz

Su bisel de punta lápiz separa las fibras de la duramadre, lo que se traduce en un menor riesgo de pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR) una vez retirada la aguja espinal.

Decreto 2423 de 1996 (Manual SOAT).

No facturable, ya que se trata de un dispositivo utilizado para la aplicación de la anestesia, por lo tanto, está incluida en derechos de materiales y medicamentos sala (Ver parágrafo 5 del artículo 55).

Acuerdo 209 de 1999 (Manual ISS 2000).

Son facturables. (Ver parágrafo 6 del artículo 55).


### 8.10.36 Fundas de presión venosa

Las fundas de presión venosa son ordenadas en pacientes críticos que necesitan profilaxis antitrombótica pero que por su patología de base está contraindicada la profilaxis medicamentosa. Su reconocimiento será de acuerdo con la evaluación de pertinencia por Auditoría Médica y a la tarifa pactada en el contrato con la IPS. Su utilización en quirófano no será reconocida como facturable.

### 8.10.37 Manta térmica

Equipos con sistema de transferencia conductiva de calor mediante circulación de agua a través de mantas para calentamiento y enfriamiento de pacientes adultos, pediátricos y neonatos, empleados en áreas



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	55 de 61

quirúrgicas, recuperación, urgencias y UCI. No se reconoce, incluido en el valor de la estancia o derechos de sala.

#### **8.10.38 Terapia de hipotermia neonatal (Cool Cap)**

Se reconocerá el uso del dispositivo médico necesario para la realización de la terapia de hipotermia neonatal (Cool Cap) en la UCI, no se reconocerán honorarios adicionales por la realización del procedimiento por el intensivista neonatólogo.

#### **8.10.39 Bolsa calentamiento de líquido endovenosos.**

Dispositivo o accesorio que hace parte de la dotación hospitalaria, no está en contacto con el paciente; por lo tanto, no es facturable.

#### **8.10.39 Campo de Incisión (Iobán, Yodóforo)**

Campo de incisión antiséptico utilizado en cirugía. No facturable, incluido en los derechos de sala según lo establecido en el artículo 49 del Manual SOAT y el artículo 48 del Manual ISS 2000.

#### **8.10.40 Vendas**

Facturables. (Ver artículo 57 del Decreto 2423 de 1996 y 58 del Acuerdo 209 de 1999).

#### **8.10.41 Apósitos**


No Facturables. (Ver artículos 40 y 55 del Decreto 2423 de 1996 y 35 y 55 del Acuerdo 209 de 1999). Los apósitos con impregnación de agente antimicrobiano se reconocen a la tarifa establecida en la ficha del contrato, por pertinencia médica y con soporte en historia clínica.

#### **8.10.42 Tegaderm**

Apósito para cubrir y proteger los sitios de catéteres IV, se puede utilizar para asegurar dispositivos a la piel. Las aplicaciones comunes incluyen catéteres centrales, otros catéteres intravasculares y dispositivos percutáneos. No se reconoce por tratarse de material de curación según lo dispuesto en el Parágrafo 2 del artículo 40 Manual SOAT y Parágrafo 2 del artículo 35 Manual ISS 2000.

#### **8.10.43 Surgicel**

Hemostático de celulosa oxidada; utilizado como un recubrimiento hemostático para controlar la hemorragia cuando otros métodos convencionales no son eficaces. Facturable según el artículo 57 del Manual SOAT y el artículo 58 del Manual ISS 2000. Se reconoce a la tarifa definida en la ficha del contrato, por pertinencia médica y con soporte en historia clínica.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	56 de 61

## 8.11 Oxígeno

Savia Salud EPS reconocerá el consumo de oxígeno en los servicios de hospitalización y urgencias, previa orden médica, de acuerdo con el consumo según flujo fracción y dispositivo de suministro de la tabla anexa, soporte de la administración, pertinencia médica, y tarifa pactada. La anterior de acuerdo con los criterios técnicos y a la normatividad vigente. **Cuando se requiera un flujo mayor, este se reconocerá previa verificación en la historia clínica.**

En caso de no haber contrato entre las partes se reconocerá a la tarifa establecida por Savia Salud EPS.

**Tabla 8 Consumo según flujo fracción y dispositivo de suministro**

DISPOSITIVO DE SUMINISTRO	FRACCIÓN HORA/M3				FLUJO FRACCIÓN LITRO/MINUTO
Catéter nasal	0.16	*1000	160	160/60	2.67
Cánula nasal	0.18	*1000	180	180/60	3
Máscara	0.42	*1000	420	420/60	7
Cámara Hood	0.36	*1000	360	360/60	6
Ventury 24%-28%	0.20	*1000	200	200/60	3.33
Ventury 31%-35%	0.42	*1000	420	420/60	7
Ventury 40%-50%	0.62	*1000	620	620/60	10.33
Máscara de No Reinhalación (MNR)	0.62	*1000	620	620/60	10.33
Ventilador mecánico	0.62	*1000	620	620/60	10.33

### 8.11.1 Aire medicinal


El aire medicinal es un medicamento con registro INVIMA, su principio activo es una mezcla natural que contiene oxígeno al 21%.

SAVIA SALUD EPS reconocerá el consumo de aire medicinal en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes con ventilación mecánica, que tengan este tipo de suministro. La tarifa para pagar será la pactada entre las partes y su suministro flujo fracción litro/minuto es de 10.33 y se reconocerá el 21% de este consumo correspondiendo al oxígeno que contiene el aire medicinal suministrado. En caso de no tener pactada la tarifa del aire medicinal, este se reconocerá a la quinta parte del valor pactado del oxígeno.

## 8.12 Traslado asistencial básico y medicalizado

- **Transporte primario**

Es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. (Guías de Atención Prehospitalaria Ministerio de Salud y Protección Social). Se reconocerá la “atención prehospitalaria” siempre y cuando el servicio se encuentre habilitado en el “REPS”.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	57 de 61

- **Transporte secundario**

Es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. (Guías de Atención Prehospitalaria Ministerio de Salud y Protección Social)

- **Transporte asistencial básico**

Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento. (Resolución 2003 de 2014)

- **Transporte asistencial medicalizado**

Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo, fluvial o aéreo, que se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación de alto nivel tecnológico para dar atención oportuna y adecuada a pacientes cuya patología amerite el desplazamiento en este tipo de unidades. (Resolución 2003 de 2014)

Savia Salud EPS dará cumplimiento textual al Artículo 121 de la Resolución 2481 de 2020 por lo que reconoce todo tipo de traslado en ambulancia básica o medicalizada siempre y cuando cuente con el debido soporte en la hoja de traslado, la cual debe contener fecha y hora del traslado, placas de la ambulancia, tipo de vehículo identificando si es traslado básico o medicalizado, nombre de la institución remitente y receptora, nombre del médico que remite y quien autoriza la remisión en la institución receptora, nombre, documento y cargo de quien acompaña el traslado, firma por el paciente del consentimiento informado o firma del acompañante cuando se requiera, firma e identificación de quien recibe el paciente en la institución; si se trata de traslado medicalizado se requiere copia de la historia clínica, en caso de no tenerla, se reconocerá como traslado básico.


Se aclara que el acompañamiento de un médico en el traslado asistencial básico no constituye la facturación de un traslado medicalizado. Para el municipio de Medellín se debe dar cumplimiento al Decreto 0102 de 2019 de la Alcaldía de Medellín.

### 8.12.1 Transporte para el paciente ambulatorio

El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica; los cuales se encuentran identificados en la Resolución 6411 de 2016 anexo único.

Se exceptúan los contratos de PGP, en los que se haya incluido la cobertura del transporte.

Abriaquí, Anorí, Apartadó, Arboletes, Briceño, Caicedo, Carepa, Chigorodó, Dabeiba, El Bagre, Ituango, Murindó, Mutatá, Necoclí, Nechí, Peque, Puerto Triunfo, Remedios, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Tarazá, Toledo, Turbo, Valdivia, Vigía del Fuerte. Para el reconocimiento de este transporte en los municipios sin este tipo de cobertura, se requiere de orden judicial por medio de tutela.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	58 de 61

### 8.13 Modalidades de contratación por PGP, Cápita y otros modelos

Se debe tener conocimiento de los contratos de Cápita y PGP (Pago Global Prospectivo), para identificar todos los servicios facturados por terceros y que sean susceptibles de recobro a la IPS o Uniones Temporales con la que se tiene el respectivo contrato; desde cuentas médicas se debe realizar la adecuada marcación del recobro en el aplicativo de auditoría de cuentas médicas.

Para el reconocimiento de la contratación por PGP, Cápita y otros modelos, se tendrá en cuenta la firma del acta de inicio y la entrega firmada según periodicidad definida, del resultado de los indicadores de desempeño involucrados en el pago de los contratos, por parte del supervisor.

Para los contratos de cápita, el área de Gestión del Riesgo entregará resultado de los indicadores trazadores tenidos en cuenta en los pagos de los contratos, en los formatos establecidos para tal fin.

De no cumplirse la totalidad de los requisitos antes mencionados, no se dará trámite para pago hasta tanto no queden completamente subsanados.

### 8.14 Consideraciones Finales


El “Manual De Auditoría de Cuentas Médicas” el cual es vinculante en todos los contratos con los prestadores, incluye la revisión y el análisis de los contenidos normativos para la auditoría, lo cual, enmarcará el relacionamiento entre la EPS SAVIA SALUD y su red de prestadores con el alcance de la normatividad vigente y la relación contractual entre las partes.

Es de obligatorio cumplimiento para los procesos alrededor de la cuenta médica en SAVIA SALUD EPS, para con ello unificar criterios y garantizar la racionalización, pertinencia y costo-eficiencia en la atención prestada a nuestros usuarios; como también la optimización en el flujo de los recursos del sistema en la prestación de servicios de la salud.

Además, está concebido como un manual dinámico y cambiante, sujeto a actualizaciones periódicas acorde con la reglamentación del SGSSS y las exigencias del medio, en aras de un mejoramiento continuo.

Con el contenido de este Manual se hará monitorización, seguimiento y retroalimentación en los equipos de auditoría. Cuentas Médicas será la instancia garante de su custodia, administración y adherencia al contenido de este Manual.

No se reconocerá la toma, transporte, ni el procesamiento de la muestra de manera individual y por prestadores diferentes en el laboratorio para diagnóstico de Covid-19, según lo dispuesto en el párrafo del artículo 6 de la Resolución 0144 de 2021.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	59 de 61

## 9. Documentos y/o registros asociados

Código	Nombre del documento o registro asociado
NA	N/A.

## 10. Anexos

Anexo 1. Insumos de uso en salud.

## 11. Referencias

REPÚBLICA DE COLOMBIA. EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. Bogotá 1993.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1571. Bogotá 1993.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. Resolución 5261. Bogotá 1994.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO SALUD. Resolución 1738. Bogotá 1995.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. Decreto 2423. Bogotá 1996.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Acuerdo 209. Bogotá 1999.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 412. Bogotá 2000.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2200. Bogotá 2005.


REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4725. Bogotá 2005.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2323. Bogotá 2006.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011. Bogotá 2006.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1403. Bogotá 2007.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747. Bogotá 2008.

	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	60 de 61

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3047. Bogotá 2008.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 416. Bogotá 2009.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4331. Bogotá 2012.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2003. Bogotá 2014.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1733. Bogotá 2014.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 437. Bogotá 2014.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. CONCEPTO 39377 DE 2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1751 De 2015

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5596. Bogotá 2015.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1479. Bogotá 2015.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 056. Bogotá 2015.

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA. Resolución 192975 (S 201500192975).

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA. Circular K201500001216 De 2015.


REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Decreto 1142. Bogotá 2016.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1370. Bogotá 2016.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780. Bogotá 2016

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECLAMACIONES. BOGOTÁ 2017



	Macroproceso: Gestión Financiera	Proceso: Cuentas Médicas	<b>Código</b>	MA-GF-02
	<b>MANUAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS</b>		<b>Versión</b>	03
			<b>Fecha</b>	25/05/2021
			<b>Página</b>	61 de 61

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1885. Bogotá 2018.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5851. Bogotá 2018.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5857. Bogotá 2018.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 244. Bogotá 2019.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Circular 017. Bogotá 2019.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1949. Bogotá 2019.

MUNICIPIO DE MEDELLÍN. ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Decreto 0102 De 2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2481. Bogotá 2020.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 205. Bogotá 2020.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1068. Bogotá 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 385. Bogotá 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0144. Bogotá 2021.