



CIRCULAR No. 071

PARA: EPS e IPS

ASUNTO: RADICACIÓN FACTURACIÓN COBRO Y RECOBRO

FECHA: 9 DE MAYO DE 2017

La Secretaria de Salud de Santander, con el fin de agilizar el proceso de verificación, auditoría y pago de las facturas radicadas en la Dirección de Desarrollo de Servicios, Vigilancia y Control y, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 5395 de 2013 y No. 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, y en la Resolución No. 12196 de 2015, No. 19366 de 2016 y No. 12960 de 2016 de esta secretaria, se establecen los siguientes parámetros, para que sean cumplidos a **partir del 01 de junio de 2017** por todas las EPS e IPS que radiquen facturación.

A. RECEPCIÓN DE FACTURAS


Las **EPS** presentaran **facturas de recobro** y las **IPS facturas de cobro** de los servicios prestados a la Población Pobre No Asegurada (PPNA) y/o Poblacion Afiliada al Régimen Subsidiado en lo No Cubierto por el POS, sólo una vez dentro de los 15 primeros días de cada mes.

Las **EPS** presentaran **facturas de cobro** hasta 2 veces dentro de los 15 primeros días de cada mes.

Horario de Recepción: **LUNES A VIERNES DE 8:00 A 11:00 A.M.**

B. RECIBIDO Y RADICADO DE LAS FACTURAS

Fecha de recibido: Se asigna por la persona que recepciona las facturas el día que se entregan en la Dirección de Desarrollo de Servicios, Vigilancia y Control de esta secretaria.

Fecha de radicado: Dentro de los 15 días siguientes a la fecha de recibido, una vez se verifique la documentación, se asignará esta fecha, a partir de la cual, contarán los términos para efectuar la auditoría, glosas y el correspondiente pago. 





C. CAUSALES DE DEVOLUCIÓN DE LAS FACTURAS

Devolución Administrativa: Si al momento de verificar los documentos, se advierte que se incumplió con uno de los requisitos señalados en esta circular para presentar las facturas y previo a asignarle fecha de radicado, se devolverá en su totalidad el paquete recibido.

Devolución por Glosa: Después de asignar la fecha de radicado, si al momento de auditar la(s) factura(s), la firma Auditora Externa de la S.S.S., evidencia alguna no conformidad que afecte en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, será devuelta para que sea resuelta por parte del prestador de los servicios de salud.

D. REQUISITOS PARA RADICAR LAS FACTURAS

1. REQUERIMIENTOS PARA RADICACION DE FACTURAS DE PACIENTES AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO POR PARTE DE LAS EPS

1.1 RADICACION DE RECOBROS

ARCHIVOS EN MEDIO MAGNETICO (CD):

Para cada recobro según el origen CTC o TUTELA se debe generar una carpeta con los siguientes archivos:

- Archivos planos MYT01 o MYT02
- Evidencia de la validación previa de los archivos planos MYT01 o MYT02 con la malla validadora de FOSYGA en su última versión vigente.
- Archivo PDF en excelente resolución con los formatos MYT – R, MYT ANEXO y MYT por paciente con la totalidad de soportes de cada factura.
- Malla en Excel. **Ver Anexo 1**
- Anexo 1479 en Excel. **Ver Anexo 2**

ARCHIVOS FISICOS:

- Facturas con soportes y archivos MYT por cada origen de recobro foliadas con número consecutivo de 1 en adelante, pero organizadas en paquetes de máximo 20, para facilitar su verificación al momento de la radicación en la S.S.S.
- Formato malla en Excel impreso.
- Tres copias de oficio remisorio para cada origen de recobro. **Ver Anexo 3**
- Facturas requeridas por las entidades como soporte de recibidos, deben venir en caja separada de las facturas originales.



1.2 RADICACION DE COBROS

ARCHIVOS EN MEDIO MAGNETICO (CD):

Para cada recobro según el origen CTC o TUTELA se debe generar una carpeta con los siguientes archivos:

- Registro individual de prestación de servicios RIPS, con la evidencia de validación con el validador del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Archivos planos MYT01 o MYT02
- Evidencia de la validación previa de los archivos planos MYT01 o MYT02 con la malla validadora de FOSYGA en su última versión vigente.
- Archivo PDF en excelente resolución con los formatos MYT – R, MYT ANEXO y MYT por paciente con la totalidad de soportes de cada factura.
- Malla en Excel. **Ver Anexo 4**
- Anexo 1479 en Excel. **Ver Anexo 5**

ARCHIVOS FISICOS:

- Facturas con soportes y archivos MYT por cada origen de recobro foliadas con número consecutivo de 1 en adelante, pero organizadas en paquetes de máximo 20, para facilitar su verificación al momento de la radicación en la S.S.S.
- Formato malla en Excel impreso.
- Tres copias de oficio remisorio para cada origen de recobro. **Ver Anexo 6**
- Facturas requeridas por las entidades como soporte de recibidos, deben venir en caja separada de las facturas originales.

2. REQUERIMIENTOS PARA RADICACION DE FACTURAS DE ATENCIONES PRESTADAS A POBLACION POBRE NO ASEGURADA Y POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL POS, POR PARTE DE LAS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS CON Y SIN CONTRATO CON LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

2.1 RADICACION DE FACTURACION DE POBLACION POBRE NO ASEGURADA

ARCHIVOS EN MEDIO MAGNETICO (CD)

- Registro individual de prestación de servicios RIPS, con la evidencia de validación con el validador del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Archivo PDF en excelente resolución con las facturas la totalidad de sus soportes.
- Malla en Excel **Ver Anexo 7**



ARCHIVOS FISICOS:

- Facturas con soportes foliadas con número consecutivo de 1 en adelante, pero organizadas en paquetes de máximo 20, para facilitar su verificación al momento de la radicación en la S.S.S.
- Formato malla en Excel impreso.
- Tres copias de oficio remitario. **Ver Anexo 8**

2.2 RADICACION DE FACTURACION DE POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL POS

ARCHIVOS EN MEDIO MAGNETICO (CD)

- Registro individual de prestación de servicios RIPS, con la evidencia de validación con el validador del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Archivo PDF en excelente resolución con las facturas la totalidad de sus soportes.
- Malla en Excel. **Ver Anexo 7**
- Anexo 1479 en Excel. se debe generar un solo archivo por el total de facturas según la modalidad CTC Y/o TUTELA. **Ver Anexo 9**

ARCHIVOS FISICOS:

- Facturas con soportes foliadas con número consecutivo de 1 en adelante, pero organizadas en paquetes de máximo 20, para facilitar su verificación al momento de la radicación en la S.S.S.
- Formato malla en Excel impreso.
- Tres copias de oficio remitario. **Ver Anexo 10**

E. CONTACTO RADICACIÓN DE FACTURAS OFICINA DE DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL S.S.S.

Para resolver las dudas y/o inquietudes sobre el cumplimiento de la presente circular, puede comunicarse al número de teléfono (7) 6336233 a las siguientes extensiones:

- 1317 Leticia Castellanos
- 1219 Libia Velasco
- 1308 Yesenia Rey

(ORIGINAL FIRMADO)

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud de Santander

Aprobó: SALVADOR RINCÓN SANTOS - Director de Inspección, Vigilancia y Control S.S.S.
Revisó: PATRICIA HERNÁNDEZ TARAZONA - Asesora Despacho S.S.S.
Proyectó: ANDREA CASTILLO AMADO - Abogada CPS

ANEXO 1

No. CAMPO (COLUMNA)	<u>NOMBRE DEL CAMPO</u>	<u>TIPO DATO</u>	<u>VALOR PERMITIDO</u>	<u>OBLIGATORIO</u>
1	CONSECUTIVO	NUMERICO	SECUENCIAL INICIANDO EN 1	SI
2	MES RADICADO	NUMERICO	MES AL CUAL CORRESPONDE LA FACTURACIÓN RADICADA (1 A 12)	SI
3	AÑO RADICADO	NUMERICO	NUMERO DE CUATRO DIGITOS	SI
4	NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EPS	ALFABETICO		SI
5	NIT	NUMERICO	NUMERO DE NIT SIN PUNTOS SEPARADORES Y SIN DIGITO DE VERIFICACIÓN	SI
6	NUMERO DE AUTORIZACIÓN	NUMERICO	NUMERO REFERENCIADO EN LA AUTORIZACION EMITIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD	VACIO SI NO APLICA
7	FECHA DE AUTORIZACIÓN		FORMATO DD/MM/AAAA	VACIO SI NO APLICA
8	TIPO USUARIO (COBERTURA)	NUMERICO	2 = SUBSIDIADO	SI
9	MODO ACCESO AL SERVICIO	NUMERICO	1= CTC 2 = TUTELAS	SI
10	GRUPO POBLACIONAL	NUMERICO	5 = POBLACIÓN SISBEN (NORMAL) 9 = DESPLAZADOS	SI
11	ETNIA	NUMERICO	17 = INDIGENA 18 = ROM 19 = NEGRO, MULATO, AFRO	VACIO SI NO APLICA
12	CONDICIÓN USUARIO	NUMERICO	1 = SIN DISCAPACIDAD 2 = CON DISCAPACIDAD	SI
13	SERVICIO	NUMERICO	1 = URGENCIAS 2 = HOSPITALIZACIÓN 3 = CIRUGIAS 4 = IMÁGENES DIAGNOSTICAS 5 = AYUDAS DIAGNOSTICAS 6 = CONSULTA EXTERNA 7 = MEDICAMENTOS 8 = ODONTOLOGIA 9 = PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 10 = INSUMOS 11 = OTROS SERVICIOS	SI
14	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NUMERICO	1 = BAJA COMPLEJIDAD 2 = MEDIANA COMPLEJIDAD 3 = ALTA COMPLEJIDAD	SI
15	PREFIJO FACTURA	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN FACTURA FÍSICA	SI
16	NUMERO FACTURA GENERADA POR LA EPS	NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN FACTURA FÍSICA DE LA EPS	SI
17	NUMERO CONSECUTIVO PARA RADICACIONES EN ENTIDAD RECLAMANTE (NUMERO PAQUETE)	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN MYT-R	SI
18	CONSECUTIVO RECOBRO	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN MYT-1 Y MYT-2 SEGÚN	SI

			CORRESPONDA	
19	FECHA EMISION FACTURA		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
20	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
21	FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
22	TIPO DOCUMENTO	ALFABETICO	RC, TI, CC, CE, PS, AS, MS	SI
23	NUMERO DOCUMENTO	ALFA-NUMERICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
24	PRIMER APELLIDO	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
25	SEGUNDO APELLIDO	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI/NO
26	PRIMER NOMBRE	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
27	SEGUNDO NOMBRE	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI/NO
28	FECHA DE NACIMIENTO		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
29	SEXO	ALFABETICO	M = MASCULINO F = FEMENINO	SI
30	VALOR FACTURA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
31	CUOTA DE RECUPERACIÓN	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
32	IVA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
33	SALDO A LA OFERTA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
34	NUMERO DE FOLIOS	NUMERICO	NÚMERO	SI

PS

ANEXO 2

<u>No. CAMPO</u> (COLUMNA)	<u>NOMBRE DEL CAMPO</u>	<u>LONGITUD</u> <u>MAXIMA</u> <u>DEL</u> <u>CAMPO</u>	<u>TIPO</u> <u>ALFABETICO</u> <u>O</u>	<u>VALOR PERMITIDO</u>	<u>OBLIGATORIO</u>
1	Consecutivo	4	NUMERICO	Numero consecutivo de los registros	SI
2	Tipo de identificación del afiliado	2	ALFABETICO	RC, TI, CC, CE, PA, AS, MS	SI
3	Número de Identificación del afiliado	17	NUMERICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
4	Primer Apellido	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
5	Segundo Apellido	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
6	Primer Nombre	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
7	Segundo Nombre	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
8	Tipo de Identificación de la EPS que radica el recobro	2	ALFABETICO	NI: NIT Tipo de identificación de la EPS que radica el recobro, para todos los casos el tipo de identificación es (NI)	SI
9	Número de Identificación de la EPS que radica el recobro	12	NUMERICO	Este campo contiene el numero de NIT de la entidad que realiza el recobro; sin dígito de verificación	SI
10	Razón Social de la EPS que radica el recobro	250	ALFABETICO	Corresponde a la razón social de la EPS	SI
11	Origen de Recobro	3	ALFABETICO	CTC: Comité Técnico Científico TUT : Tutela	SI
12	Prefijo del Recobro	6	ALFABETICO	Prefijo del Recobro, en caso de no tener prefijo, dejar en blanco	NO
13	Numero de Recobro	20	NUMERICO	Numero del recobro de los servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas	SI
14	Fecha de Remisión del Recobro	10		En formato AAAA-MM-DD Fecha en la cual se remitió Recobro por parte de la EPS	SI
15	Fecha de presentación del servicio o Tecnología en el POS suministrada o prestada	10		De acuerdo con lo informado por la EPS, formato AAAA-MM-DD	SI
16	Fecha de radicación del recobro por parte de la EPS ante la entidad territorial	10		De acuerdo con lo informado por la entidad, formato AAAA-MM-DD	SI
17	Código de diagnostico	4	ALFABETICO	Código del diagnostico, según la clasificación Internacional de enfermedades Vigentes CIE 10	SI

PS

18	Tipo de servicio o Tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada	2	ALFABETICO	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y dispositivos Médicos OS: Otros servicios	SI
19	Código del servicio o Tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada	23	ALFABETICO	<p>1. REGISTRAR CODIGO CUM INVIMA con la siguiente estructura (EXPEDIENTE - # CONSECUTIVO O PRESENTACION) Ejemplo: Código :40431-1 Medicamento: Risperidona 1 MG El expediente y el consecutivo o número de presentación se deben ingresar sin incluir ceros a la izquierda. "1" UNICAMENTE CUANDO CORRESPONDA A MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES, HOMEOPATICOS O PREPARACIONES MAGISTRALES</p> <p>2. REGISTRAR CODIGO CUPS PARA PROCEDIMIENTO, SEGUN LA RESOLUCION 5592 DE 2015 Y DEMAS NORMAS QUE LA MODIFICAN O SUSTITUYAN. SI NO HAY PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO DILIGENCIAR "2"</p> <p>3. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS REGISTRAR "3"</p> <p>4. OTROS SERVICIOS, REGISTRAR "4"</p>	SI
20	Nombre de los servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS suministrada o prestada	300	ALFABETICO	<p>1. REGISTRAR NOMBRE DEL MEDICAMENTO TAL Y COMO SE ENCUENTRA EN LA TABLA CUMS DEL INVIMA EN EL CAMPO (PRODUCTO)</p> <p>2. REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS TAL Y COMO SE ENCUENTRAN EN LA TABLA CUPS</p> <p>3. DILIGENCIAR EL NOMBRE DEL INSUMO DE ACUERDO A CRITERIOS DE LA IPS</p> <p>4. DILIGENCIAR EL NOMBRE DEL OTROS SERVICIOS A CRITERIOS DE LA IPS</p>	SI
21	Cantidad	4	NUMERICO	Cantidad total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	SI
22	Valor unitario	15	NUMERICO	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, se permiten dos cifras decimales y el separador debe ser un punto	SI
23	Valor total	15	NUMERICO	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, se permiten dos cifras decimales y el separador debe ser un punto VALOR TOTAL A RECOBRAR, DEBE SER EL MISMO SALDO A LA OFERTA REPORTADO	SI
24	Mecanismo con el que se calcula el valor de los servicios y Tecnologías en el POS suministrados o Prestados	2	ALFABETICO	CA: Comparador Administrativo TR: Tarifa de referencia de la entidad territorial	SI

RS

ANEXO 3

Ciudad, Fecha

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Dirección de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control

Calle 45 No 11-52

PBX (97) 6336233 ext. 1317-1237

Cordial Saludo,

De manera atenta, nos permitimos enviar los recobros generados por **(NOMBRE EPS)** del mes de **XXXX** de **XXX**. Por concepto de servicios y Tecnologías NO POS prestados a población afiliada al Régimen subsidiado.

NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO USUARIO (COBERTURA)	MODO DE ACCESO AL SERVICIO	VALOR TOTAL	CUOTA RECUPERACION	IVA	SALDO A LA OFERTA (NETO)
2. (MEDIANA)	2 (SUB. NO POS)	CTC	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
3. (ALTA)	2 (SUB. NO POS)	CTC	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
TOTAL RADICADO			\$	\$	\$	\$

Numero de facturas Físicas: XXXX

ANEXOS: xxxx

Atentamente,

Nombre persona responsable

Cargo

Ciudad, Fecha

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Dirección de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control

Calle 45 No 11-52

PBX (97) 6336233 ext. 1317-1237

Cordial Saludo,

De manera atenta, nos permitimos enviar los recobros generados por **(NOMBRE EPS)** del mes de **XXXX** de **XXX**. Por concepto de servicios y Tecnologías NO POS prestados a población afiliada al Régimen subsidiado.

NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO USUARIO (COBERTURA)	MODO DE ACCESO AL SERVICIO	VALOR TOTAL	CUOTA RECUPERACION	IVA	SALDO A LA OFERTA (NETO)
2. (MEDIANA)	2 (SUB. NO POS)	TUTELA	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
3. (ALTA)	2 (SUB. NO POS)	TUTELA	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
TOTAL RADICADO			\$	\$	\$	\$

Numero de facturas Físicas: XXXX

ANEXOS: xxx

Atentamente,

Nombre persona responsable

Cargo

CP

ANEXO 4

<u>No. CAMPO</u> (COLUMNA)	<u>NOMBRE DEL CAMPO</u>	<u>TIPO DATO</u>	<u>VALOR PERMITIDO</u>	<u>OBLIGATORIO</u>
1	CONSECUTIVO	NUMERICO	SECUENCIAL INICIANDO EN 1	SI
2	MES RADICADO	NUMERICO	MES AL CUAL CORRESPONDE LA FACTURACIÓN RADICADA (1 A 12)	SI
3	AÑO RADICADO	NUMERICO	NUMERO DE CUATRO DIGITOS	SI
4	NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA IPS	ALFABETICO		SI
5	NIT	NUMERICO	NUMERO DE NIT SIN PUNTOS SEPARADORES Y SIN DIGITO DE VERIFICACIÓN	SI
6	NUMERO DE AUTORIZACIÓN	NUMERICO	NUMERO REFERENCIADO EN LA AUTORIZACION EMITIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD	VACIO SI NO APLICA
7	FECHA DE AUTORIZACIÓN		FORMATO DD/MM/AAAA	VACIO SI NO APLICA
8	TIPO USUARIO (COBERTURA)	NUMERICO	2 = SUBSIDIADO	SI
9	MODO ACCESO AL SERVICIO	NUMERICO	1= CTC 2 = TUTELAS	SI
10	GRUPO POBLACIONAL	NUMERICO	5 = POBLACIÓN SISBEN (NORMAL) 9 = DESPLAZADOS	SI
11	ETNIA	NUMERICO	17 = INDIGENA 18 = ROM 19 = NEGRO, MULATO, AFRO	VACIO SI NO APLICA
12	CONDICIÓN USUARIO	NUMERICO	1 = SIN DISCAPACIDAD 2 = CON DISCAPACIDAD	SI
13	SERVICIO	NUMERICO	1 = URGENCIAS 2 = HOSPITALIZACIÓN 3 = CIRUGIAS 4 = IMÁGENES DIAGNOSTICAS 5 = AYUDAS DIAGNOSTICAS 6 = CONSULTA EXTERNA 7 = MEDICAMENTOS 8 = ODONTOLOGIA 9 = PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 10 = INSUMOS 11 = OTROS SERVICIOS	SI
14	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NUMERICO	1 = BAJA COMPLEJIDAD 2 = MEDIANA COMPLEJIDAD 3 = ALTA COMPLEJIDAD	SI
15	PREFIJO FACTURA	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN FACTURA FÍSICA	SI
16	NUMERO FACTURA GENERADA POR LA IPS	NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN FACTURA FÍSICA DE LA IPS	SI
17	NUMERO CONSECUTIVO PARA RADICACIONES EN ENTIDAD RECLAMANTE (NUMERO PAQUETE)	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN MYT-R	SI
18	CONSECUTIVO RECOBRO	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN MYT-1 Y MYT-2 SEGÚN	SI

CP

			CORRESPONDA	
19	FECHA EMISION FACTURA IPS		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
20	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
21	FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
22	TIPO DOCUMENTO	ALFABETICO	RC, TI, CC, CE, PS, AS, MS	SI
23	NUMERO DOCUMENTO	ALFA-NUMERICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
24	PRIMER APELLIDO	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
25	SEGUNDO APELLIDO	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI/NO
26	PRIMER NOMBRE	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
27	SEGUNDO NOMBRE	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI/NO
28	FECHA DE NACIMIENTO		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
29	SEXO	ALFABETICO	M = MASCULINO F = FEMENINO	SI
30	VALOR FACTURA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
31	CUOTA DE RECUPERACIÓN	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
32	IVA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
33	SALDO A LA OFERTA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
34	NUMERO DE FOLIOS	NUMERICO	NUMERO	SI

RS

ANEXO 5

No. CAMPO (COLUMNA)	<u>NOMBRE DEL CAMPO</u>	<u>LONGITUD MAXIMA DEL CAMPO</u>	<u>TIPO</u> <u>ALFABETICO</u> <u>O</u>	<u>VALOR PERMITIDO</u>	<u>OBLIGATORIO</u>
1	Consecutivo	4	NUMERICO	Numero consecutivo de los registros	SI
2	Tipo de identificación del afiliado	2	ALFABETICO	RC, TI, CC, CE, PA, AS, MS	SI
3	Número de Identificación del afiliado	17	NUMERICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
4	Primer Apellido	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
5	Segundo Apellido	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
6	Primer Nombre	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
7	Segundo Nombre	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
8	Tipo de Identificación de la IPS que radica las facturas	2	ALFABETICO	NI: NIT Tipo de identificación de la IPS que radica las facturas, para todos los casos el tipo de identificación es (NI)	SI
9	Número de Identificación de IPS que radica las facturas	12	NUMERICO	Este campo contiene el numero de NIT de la entidad que realiza el cobro; sin dígito de verificación	SI
10	Razón Social de la IPS que radica las facturas	250	ALFABETICO	Corresponde a la razón social de la IPS	SI
11	Origen de Cobro	3	ALFABETICO	CTC: Comité Técnico Científico TUT: Tutela	SI
12	Prefijo de la factura de la IPS	6	ALFABETICO	Prefijo de la factura, en caso de no tener prefijo, dejar en blanco	NO
13	Numero de Factura de la IPS	20	NUMERICO	Numero de factura de los servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas	SI
14	Fecha de Remisión de la factura de la IPS	10		En formato AAAA-MM-DD Fecha en la cual se remitió las facturas por parte de la IPS	SI
15	Fecha de presentación del servicio o Tecnología en el POS suministrada o prestada	10		De acuerdo con lo informado por la IPS, formato AAAA-MM-DD	SI
16	Fecha de radicación de las facturas por parte de la IPS ante la entidad territorial	10		De acuerdo con lo informado por la entidad, formato AAAA-MM-DD	SI
17	Código de diagnostico	4	ALFABETICO	Código del diagnostico, según la clasificación Internacional de enfermedades Vigentes CIE 10	SI

CS

18	Tipo de servicio o Tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada	2	ALFABETICO	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y dispositivos Médicos OS: Otros servicios	SI
19	Código del servicio o Tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada	23	ALFABETICO	1. REGISTRAR CODIGO CUM INVIMA con la siguiente estructura (EXPEDIENTE-NROCONSECUTIVO O PRESENTACION) Ejemplo Código :40431-1 Medicamento: Risperidona 1 MG El expediente y el consecutivo o número de presentación se deben ingresar sin incluir ceros a la izquierda. "1" UNICAMENTE CUANDO CORRESPONDA A MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES, HOMEOPATICOS O PREPARACIONES MAGISTRALES 2. REGISTRAR CODIGO CUPS PARA PROCEDIMIENTO, SEGUN LA RESOLUCION 5592 DE 2015 Y DEMAS NORMAS QUE LA MODIFICAN O SUSTITUYAN. SI NO HAY PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO DILIGENCIAR "2" 3. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS REGISTRAR "3" 4. OTROS SERVICIOS, REGISTRAR "4"	SI
20	Nombre de los servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS suministrada o prestada	300	ALFABETICO	1. REGISTRAR NOMBRE DEL MEDICAMENTO TAL Y COMO SE ENCUENTRA EN LA TABLA CUMS DEL INVIMA EN EL CAMPO (PRODUCTO) 2. REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS TAL Y COMO SE ENCUENTRAN EN LA TABLA CUPS 3. DILIGENCIAR EL NOMBRE DEL INSUMO DE ACUERDO A CRITERIOS DE LA IPS 4. DILIGENCIAR EL NOMBRE DEL OTROS SERVICIOS A CRITERIOS DE LA IPS	SI
21	Cantidad	4	NUMERICO	Cantidad total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	SI
22	Valor unitario	15	NUMERICO	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, se permiten dos cifras decimales y el separador debe ser un punto	SI
23	Valor total	15	NUMERICO	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, se permiten dos cifras decimales y el separador debe ser un punto VALOR TOTAL A RECOBRAR, DEBE SER EL MISMO SALDO A LA OFERTA REPORTADO	SI
24	Mecanismo con el que se calcula el valor de los servicios y Tecnologías en el POS suministrados o Prestados	2	ALFABETICO	CA: Comparador Administrativo TR: Tarifa de referencia de la entidad territorial	SI

ANEXO 6

Ciudad, Fecha

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Dirección de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control

Calle 45 No 11-52

PBX (97) 6336233 ext. 1317-1237

Cordial Saludo,

De manera atenta, nos permitimos enviar los recobros generados por **(NOMBRE IPS)** del mes de **XXXX** de **XXX**. Por concepto de servicios y Tecnologías NO POS prestados a población afiliada al Régimen subsidiado.

NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO USUARIO (COBERTURA)	MODO DE ACCESO AL SERVICIO	VALOR TOTAL	CUOTA RECUPERACION	IVA	SALDO A LA OFERTA (NETO)
2. (MEDIANA)	2 (SUB. NO POS)	CTC	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
3. (ALTA)	2 (SUB. NO POS)	CTC	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
TOTAL RADICADO			\$	\$	\$	\$

Numero de facturas Físicas: XXXX

ANEXOS: XXXX

Atentamente,

Nombre persona responsable

Cargo

(R)

Ciudad, Fecha

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Dirección de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control

Calle 45 No 11-52

PBX (97) 6336233 ext. 1317-1237

Cordial Saludo,

De manera atenta, nos permitimos enviar los recobros generados por **(NOMBRE IPS)** del mes de **XXXX** de **XXX**. Por concepto de servicios y Tecnologías NO POS prestados a población afiliada al Régimen subsidiado.

NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO USUARIO (COBERTURA)	MODO DE ACCESO AL SERVICIO	VALOR TOTAL	CUOTA RECUPERACION	IVA	SALDO A LA OFERTA (NETO)
2. (MEDIANA)	2 (SUB. NO POS)	TUTELA	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
3. (ALTA)	2 (SUB. NO POS)	TUTELA	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL		\$	\$	\$	\$
TOTAL RADICADO			\$	\$	\$	\$

Numero de facturas Físicas: XXXX

ANEXOS: XXXX

Atentamente,

Nombre persona responsable

Cargo

RS

ANEXO 7

No. CAMPO (COLUMNA)	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO DATO	VALOR PERMITIDO	OBLIGATORIO
1	CONSECUTIVO	NUMERICO	SECUENCIAL INICIANDO EN 1	SI
2	MES RADICADO	NUMERICO	MES AL CUAL CORRESPONDE LA FACTURACIÓN RADICADA (1 A 12)	SI
3	AÑO RADICADO	NUMERICO	NUMERO DE CUATRO DIGITOS	
4	NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA IPS O PROVEEDOR	ALFABETICO		SI
5	NIT	NUMERICO	NUMERO DE NIT SIN PUNTOS SEPARADORES NI SIN DIGITO DE VERIFICACIÓN	SI
6	NUMERO DE AUTORIZACIÓN	NUMERICO	NUMERO REFERENCIADO EN LA AUTORIZACION EMITIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD	VACIO SI NO APLICA
7	FECHA DE AUTORIZACIÓN		FORMATO DD/MM/AAAA	VACIO SI NO APLICA
8	TIPO USUARIO (COBERTURA)	NUMERICO	2 = SUBSIDIADO 3 = POBRE NO ASEGURADO	SI
9	MODO ACCESO AL SERVICIO	NUMERICO	1 = CTC 2 = TUTELAS 3 = SIN CONDICIONES (NORMAL)	SI
10	GRUPO POBLACIONAL	NUMERICO	5 = POBLACIÓN SISBEN (NORMAL) 9 = DESPLAZADOS	SI
11	ETNIA	NUMERICO	17 = INDIGENA 18 = ROM 19 = NEGRO, MULATO, AFRO	VACIO SI NO APLICA
12	CONDICIÓN USUARIO	NUMERICO	1 = SIN DISCAPACIDAD 2 = CON DISCAPACIDAD	SI
13	SERVICIO	NUMERICO	1 = URGENCIAS 2 = HOSPITALIZACIÓN 3 = CIRUGIAS 4 = IMÁGENES DIAGNOSTICAS 5 = AYUDAS DIAGNOSTICAS 6 = CONSULTA EXTERNA 7 = MEDICAMENTOS 8 = ODONTOLOGIA 9 = PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 10 = INSUMOS 11 = OTROS SERVICIOS	SI
14	NIVEL DE COMPLEJIDAD	NUMERICO	1 = BAJA COMPLEJIDAD 2 = MEDIANA COMPLEJIDAD 3 = ALTA COMPLEJIDAD	SI
15	PREFIJO FACTURA	ALFA-NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN FACTURA FÍSICA	SI
16	NUMERO FACTURA IPS	NUMERICO	TAL COMO SE REGISTRA EN FACTURA FÍSICA DE LA IPS	SI
17	FECHA EMISION FACTURA		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
18	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
19	FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
20	TIPO DOCUMENTO	ALFABETICO	RC, TI, CC, CE, PS, AS, MS	SI
21	NUMERO DOCUMENTO	ALFA-NUMERICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
22	PRIMER APELLIDO	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI
23	SEGUNDO APELLIDO	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI/NO
24	PRIMER NOMBRE	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI

25	SEGUNDO NOMBRE	ALFABETICO	TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI/NO
26	FECHA DE NACIMIENTO		FORMATO DD/MM/AAAA	SI
27	SEXO	ALFABETICO	M = MASCULINO F = FEMENINO	SI
28	VALOR FACTURA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
29	VALOR ATENCIÓN (PARA FACTURAS MULTIUSUARIO RELACIONAR VALOR DE LA ATENCION, DE LO CONTRARIO SE RELACIONA EL MISMO VALOR FACTURA)	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
30	CUOTA DE RECUPERACIÓN	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
31	IVA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
32	SALDO A LA OFERTA	NUMERICO	SIN FORMATOS NI SEPARADORES DECIMALES	SI
33	NUMERO DE FOLIOS	NUMERICO	NÚMERO	SI

ANEXO 8

Ciudad, Fecha

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Dirección de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control

Calle 45 No 11-52

PBX (97) 6336233 ext. 1317-1237

Cordial Saludo,

De manera atenta, nos permitimos enviar las facturas generadas en **(NOMBRE DE LA IPS)** del periodo comprendido entre **(FECHAS QUE COMPRENEN EL PERIODO)** Por concepto de servicios prestados a **PPNA/DESPLAZADA (CON CONTRATO No xxxx / SIN CONTRATO)**

NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO USUARIO (COBERTURA)	VALOR TOTAL	CUOTA RECUPERACION	IVA	SALDO A LA OFERTA (NETO)
1. (BAJA)	3 (PPNA)				
		\$	\$	\$	\$
TOTAL NIV 1		\$	\$	\$	\$
2. (MEDIA)	3 (PPNA)				
		\$	\$	\$	\$
TOTAL NIV 2		\$	\$	\$	\$
3. (ALTA)	3 (PPNA)				
		\$	\$	\$	\$
TOTAL NIV 3		\$	\$	\$	\$
TOTAL RADICADO		\$	\$	\$	\$

Numero de facturas Físicas: XXXX

ANEXOS:

Atentamente,

Nombre persona responsable

Cargo

ANEXO 9

No. CAMPO (COLUMNA)	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD MAXIMA DEL CAMPO	TIPO D'ALFABETI COTO	VALOR PERMITIDO	OBLIGATORIO
1	Consecutivo	4	NUMERICO	Numero consecutivo de los registros	SI
2	Tipo de identificación del afiliado	2	ALFABETICO	RC, TI, CC, CE, PA, AS, MS	SI
3	Número de Identificación del afiliado	17	NUMERICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
4	Primer Apellido	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
5	Segundo Apellido	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
6	Primer Nombre	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
7	Segundo Nombre	60	ALFABETICO	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
8	Tipo de Identificación de la IPS que radica las facturas	2	ALFABETICO	NI: NIT Tipo de identificación de la IPS que radica las facturas, para todos los casos el tipo de identificación es (NI)	SI
9	Número de Identificación de IPS que radica las facturas	12	NUMERICO	Este campo contiene el numero de NIT de la entidad que realiza el cobro; sin digito de verificación	SI
10	Razón Social de la IPS que radica las facturas	250	ALFABETICO	Corresponde a la razón social de la IPS	SI
11	Origen de Cobro	3	ALFABETICO	CTC: Comité Técnico Científico TUT : Tutela	SI
12	Prefijo de la factura de la IPS	6	ALFABETICO	Prefijo de la factura, en caso de no tener prefijo, dejar en blanco	NO
13	Numero de Factura de la IPS	20	NUMERICO	Numero de factura de los servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas	SI
14	Fecha de Remisión de la factura de la IPS	10		En formato AAAA-MM-DD Fecha en la cual se remitió las facturas por parte de la IPS	SI
15	Fecha de presentación del servicio o Tecnología en el POS suministrada o prestada	10		De acuerdo con lo informado por la IPS, formato AAAA-MM-DD	SI
16	Fecha de radicación de las facturas por parte de la IPS ante la entidad territorial	10		De acuerdo con lo informado por la entidad, formato AAAA-MM-DD	SI
17	Código de diagnostico	4	ALFABETICO	Código del diagnostico, según la clasificación Internacional de enfermedades Vigentes CIE 10	SI
18	Tipo de servicio o Tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada	2	ALFABETICO	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y dispositivos Médicos OS: Otros servicios	SI

PS

19	Código del servicio o Tecnología sin cobertura en el POS	23	ALFABETICO	<p>1. REGISTRAR CODIGO CUM INVIMA con la siguiente estructura (EXPEDIENTE - # CONSECUTIVO O PRESENTACION) Ejemplo: Código : 40431-1 Medicamento: Risperidona 1 MG El expediente y el consecutivo o número de presentación se deben ingresar sin incluir ceros a la izquierda. SE PERMITE INGRESAR EL VALOR "1" UNICAMENTE CUANDO CORRESPONDA A MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES, HOMEOPATICOS O PREPARACIONES MAGISTRALES</p> <p>2. REGISTRAR CODIGO CUPS PARA PROCEDIMIENTO, SEGUN LA RESOLUCION 5592 DE 2015 Y DEMAS NORMAS QUE LA MODIFICAN O SUSTITUYAN. SI NO HAY PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO DILIGENCIAR "2"</p> <p>3. INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS REGISTRAR "3"</p> <p>4. OTROS SERVICIOS, REGISTRAR "4"</p>	SI
20	Nombre de los servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS suministrada o prestada	300	ALFABETICO	<p>1. REGISTRAR NOMBRE DEL MEDICAMENTO TAL Y COMO SE ENCUENTRA EN LA TABLA CUMS DE INVIMA EN EL CAMPO (PRODUCTO)</p> <p>2. REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS TAL Y COMO SE ENCUENTRAN EN LA TABLA CUPS</p> <p>3. DILIGENCIAR EL NOMBRE DEL INSUMO DE ACUERDO A CRITERIOS DE LA IPS</p> <p>4. DILIGENCIAR EL NOMBRE DEL OTROS SERVICIOS A CRITERIOS DE LA IPS</p>	SI
21	Cantidad	4	NUMERICO	Cantidad total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	SI
22	Valor unitario	15	NUMERICO	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, se permiten dos cifras decimales y el separador debe ser un punto	SI
23	Valor total	15	NUMERICO	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, se permiten dos cifras decimales y el separador debe ser un punto VALOR TOTAL A RECOBRAR, DEBE SER EL MISMO SALDO A LA OFERTA REPORTADO	SI
24	Mecanismo con el que se calcula el valor de los servicios y Tecnologías en el POS suministrados o Prestados	2	ALFABETICO	CA: Comparador Administrativo TR: Tarifa de referencia de la entidad territorial	SI

(P)

ANEXO 10

Ciudad, Fecha

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Dirección de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control

Calle 45 No 11-52

PBX (97) 6336233 ext. 1317-1237

Cordial Saludo,

De manera atenta, nos permitimos enviar las facturas generadas en **(NOMBRE DE LA IPS)** del período comprendido entre **(FECHAS QUE COMPRENDEN EL PERIODO)** Por concepto de servicios y Tecnologías NO POS prestados a población afiliada al Régimen subsidiado. **(CON CONTRATO No xxxx / SIN CONTRATO)**

NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO USUARIO (COBERTURA)	MODO DE ACCESO AL SERVICIO	VALOR TOTAL	CUOTA RECUPERACION	IVA	SALDO A LA OFERTA (NETO)
2. (MEDIANA)	2 (SUB. NO POS)	CTC	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL	\$	\$	\$	\$	
3. (ALTA)	2 (SUB. NO POS)	CTC	\$	\$	\$	\$
			\$	\$	\$	\$
	SUB TOTAL	\$	\$	\$	\$	
TOTAL RADICADO			\$	\$	\$	\$

Numero de facturas Físicas: XXXX

ANEXOS:

Atentamente,

Nombre persona responsable

Cargo

(R)