

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

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

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

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

Diligenciamiento:

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

Información del prestador (autorizado)

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

	prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del paciente

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

Servicios autorizados

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

Pagos compartidos

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

Información de la persona que autoriza

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