



ABC PREGUNTAS FRECUENTES

***RESOLUCIONES 2284 Y 2335 DE 2023,
MODIFICADAS POR LAS RESOLUCIONES 1885 Y
1886 DE 2024.***

**DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE LA OPERACIÓN DEL
ASEGURAMIENTO EN SALUD, RIESGOS LABORALES Y
PENSIONES**



Contenido

Glosario	3
RESOLUCIÓN 2335 DE 2023	4
RESOLUCIÓN 2284 DE 2023	14



Glosario

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

ERP: Entidad Responsable de Pago

FEV: Factura Electrónica de Venta

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

PSS: Prestador de Servicios de Salud

PTS: Proveedor de Tecnologías en Salud

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

UPC: Unidad de Pago por Capitación



RESOLUCIÓN 2335 DE 2023

Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones.



PREGUNTAS FRECUENTES

Campo de aplicación:

1. ¿Las disposiciones de las resoluciones reglamentarias del Decreto 441 de 2022 aplican a las aseguradoras del ramo SOAT, ADRES, Planes de Medicina Prepagada, aseguradoras de pólizas estudiantiles?

Respuesta: No, dichas entidades no están incluidas en el campo de aplicación definido en el Decreto, ni en las resoluciones reglamentarias

2. ¿Las disposiciones de las resoluciones reglamentarias del Decreto 441 de 2022 aplican a los contratos que suscriben entre Prestadores de Servicios de Salud, con Prestadores de Tecnologías en Salud o con sus profesionales de salud?

Respuesta: No, dichas relaciones contractuales no están incluidas en el campo de aplicación definido en el Decreto, ni en las resoluciones reglamentarias.

Recuérdese que las disposiciones contenidas en esta normatividad son de aplicación para las relaciones contractuales suscritas entre Entidades Responsables de pago con los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en salud.

3. ¿Estas disposiciones aplican para los servicios y tecnologías No financiados con los recursos de la UPC y autorizados por MIPRES?

Respuesta: No. Frente a lo referido como MIPRES, debe anotarse que corresponde a un marco normativo propio para el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.

Indicadores:

4. ¿Quién define los indicadores: ¿la ERP, el PSS o el PTS?

Respuesta: En el marco de la autonomía de la voluntad, los indicadores deben ser construidos de manera concertada y conjunta entre las partes intervinientes en el contrato, previendo que estos tengan relevancia respecto a la medición del proceso, estructura o resultado asociado al objeto del acuerdo de voluntades

5. ¿La nota técnica reemplaza la ficha técnica de los indicadores seleccionados?

Respuesta: No, en ningún caso son reemplazables, toda vez que son conceptos e instrumentos distintos. La nota técnica por su parte, corresponde al anexo que hace parte integral del contrato, que incorpora la población objeto, las frecuencias de uso, los servicios y los costos con los cuales se estableció el valor total del contrato. La ficha técnica de los indicadores por su parte, corresponde a la hoja de vida del indicador pactado, en el cual, se incluirán aspectos como: nombre, descripción, unidad de medida, fórmula, periodicidad y progresividad de la medición, clasificación por tipología (de gestión, calidad de atención o resultados en salud) y fecha de creación del indicador.

6. ¿Cuántos indicadores se deben seleccionar en un contrato o acuerdo de voluntades?

Respuesta: El Ministerio, no tiene establecido un número estándar respecto a la cantidad de indicadores a pactar; toda vez que serán los prestadores y proveedores con sus entidades responsables de pago los encargados de determinar la cantidad de indicadores a incluir en su acuerdo de voluntades, a partir de las características del contrato, tales como la población objeto, los servicios contratados, etc.

Seguimiento a los acuerdos de voluntades:

7. ¿En el seguimiento de los acuerdos, se pueden incluir temas relativos al trámite de glosas y devoluciones?

Respuesta: Si. Es pertinente incluir todos los aspectos técnicos, operativos y financieros que hacen parte del contrato y que requieren un proceso conjunto de evaluación y mejora continua entre las partes. Así, será pertinente incluir el seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como los procesos de referencia y contrarreferencia, así como las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización.

8. ¿Quién debe ajustar el riesgo asumido en el acuerdo de voluntades: ¿el Prestador de Servicios de Salud, el Proveedor de Tecnologías en Salud o la Entidad Responsable de Pago?

Respuesta: Los ajustes del riesgo, deben ser acordados y realizados por las dos partes del contrato, esto es: por parte de los PSS y PTS con sus ERP, realizando el ajuste en sus notas técnicas y, por consiguiente, en sus contratos. Debe tenerse en cuenta que es posible realizar ajustes de riesgo frente a las desviaciones de dicha nota técnica, esto, con el objetivo de mitigar el impacto financiero ocasionado por dichas desviaciones, tal como se define en el numeral 2 del artículo 2.5.3.4.1.3 del decreto 441 de 2022 incorporado en el Decreto 780 de 2016.

9. ¿Qué se puede hacer si la caracterización de la población con la que se construyó la nota técnica y se suscribió el acuerdo de voluntades es diferente a las características de la población que se está atendiendo en la actualidad?

Respuesta: Si la caracterización de la población cambia o es diferente con la que se construyó la nota técnica, es una circunstancia a contemplar en los mecanismos de ajustes de riesgo a través de la nota técnica. Tal y como lo dispone el artículo 5 de la Resolución 2335 de 2023.

Atenciones sin autorización:

10. ¿El proceso administrativo definido en el artículo 6 de la Resolución 2335 de 2023, para las atenciones sin autorización debe realizarse antes o después de la atención en salud de la persona?

Respuesta: Debe realizarse después de la atención en salud de la persona, pues este proceso no puede constituirse en una barrera en la prestación del

servicio de salud. Por el contrario, exige actividades concretas para los prestadores, proveedores y pagadores para el control administrativo y la gestión de riesgo en salud.

11. ¿El proceso administrativo definido en el artículo 6 de la Resolución 2335 de 2023, debe realizarse para todas las atenciones en salud?

Respuesta: Este proceso administrativo se contempla como obligatorio para las atenciones que no requieren trámite de autorización, tales como: las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS obligatorias y aquellas priorizadas; así mismo, aplica para todos los casos que por norma se ha determinado la eliminación de la autorización, tales como: la atención integral del cáncer infantil, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley 2026 de 2020; del VIH/SIDA de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 972 de 2005; del cáncer de adultos de conformidad con la Ley 1384 de 2010 y la atención de urgencias en todo el territorio colombiano.

Gestión del informe de atención de urgencias:

12. ¿El Anexo 2 de la Resolución 3047 de 2008 debe continuar enviándose como informe de atención de urgencias?

Respuesta: Una vez entre en vigencia la Resolución 2335 de 2023 de acuerdo con la transición gradual y progresiva definida en la Resolución 1886 de 2024, quedará derogado el anexo 2 de la Resolución 3047 de 2008. Por lo tanto, ante la entrada en vigencia, no será procedente enviar el referido anexo 2 conocido como informe de atención de urgencias. En su defecto, los prestadores de servicios de salud deben enviar a sus entidades responsables de pago los campos de datos señalados para este trámite, en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023.

13. ¿Cuántas veces debe enviarse el informe de atención de urgencias a la entidad responsable de pago o a la secretaria de salud departamental, o distrital?

Respuesta: Los campos de datos señalados para el informe de atención de urgencias del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023 debe enviarse por una única vez a la entidad responsable de pago o a la secretaria

de salud departamental, o distrital o municipal de su jurisdicción, según aplique, o a la entidad que haga sus veces.

Gestión de la autorización para servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario:

14. ¿Qué son las autorizaciones integrales?

Respuesta: La autorización integral soporta la atención de una persona que requiere resolver una condición o condiciones en salud, o para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la prescripción realizada por el profesional tratante. Esta autorización podrá ser dada para uno o varios prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud dentro de la red integral e integrada de salud contratada por la entidad responsable de pago.

Por lo tanto, Las entidades responsables de pago deberán priorizar la autorización integral.

15. ¿Se podrá hacer uso de la gestión de una Autorización Integral en estos servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario?

Respuesta: Si. La autorización integral también puede ser solicitada por los prestadores de servicios de salud y, generada por las entidades responsable de pago, en los servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario, conforme las condiciones de salud de la persona y la determinación del profesional en salud.

Gestión de la autorización para servicios en atención electiva o programable ambulatorio u hospitalario

16. ¿Quién determina si un servicio electivo es prioritario o no prioritario?

Respuesta: El profesional de salud tratante tiene la competencia y facultad para determinar si un servicio de salud electivo o programable ambulatorio u hospitalario es prioritario o no prioritario, de conformidad con las condiciones de salud del paciente y su autonomía médica.

17. ¿La ERP puede glosar un servicio al prestador que solicitó previamente la autorización y dicha ERP no respondió dentro de los términos definidos en el numeral 9.1.2 del artículo 9 de la Resolución 2335 de 2023?

Respuesta: No. Si la entidad responsable de pago no responde al prestador de servicios de salud en los términos establecidos en el numeral 9.1.2. del presente artículo y si el prestador cuenta con el servicio requerido habilitado, brindará la atención y facturará anexando la evidencia del envío de la solicitud a la entidad responsable de pago, sin que esta pueda formular glosa a la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o que no pertenece a su red integral e integrada de salud.

Vigencia de las autorizaciones:

18. ¿Cuál es la vigencia definida para las autorizaciones integrales?

Respuesta: La vigencia de las autorizaciones integrales, será aquella que determine la entidad responsable de pago al momento de expedirlas, teniendo en cuenta que dichas autorizaciones corresponden a un conjunto de servicios y tecnologías en salud según la condición o condiciones en salud de la persona.

19. ¿Es posible ampliar la vigencia de un mes para la entrega de medicamentos?

Respuesta: Si. Los proveedores de tecnologías en salud, de común acuerdo con sus entidades responsables de pago pueden establecer vigencias superiores a un mes para la entrega de medicamentos en personas con determinadas condiciones de salud y dificultades de accesibilidad geográfica, con el fin de optimizar trámites administrativos.

Gestión en el proceso de referencia:

20. ¿A qué corresponde, el tiempo de máximo 2 horas, establecido en el numeral 11.1 del artículo 11 de la Resolución 2335 de 2023?

Respuesta: Corresponde al tiempo máximo que tiene la Entidad Responsable de Pago en casos de urgencias para dar respuesta al prestador de servicios de salud, frente a la solicitud de referencia, definiendo el prestador receptor para la atención requerida, dentro de su red integral o integrada de salud, o por fuera de esta en caso de que no haya disponibilidad.

21. ¿La intervención del CRUE corresponde únicamente a las atenciones de urgencias?

Respuesta: Si. El alcance de los CRUE está circunscrito a la atención de urgencias. La participación del CRUE, aplica cuando la entidad responsable de pago no dé respuesta a la referencia dentro del término establecido en el numeral 11.1 del artículo 11 de la Resolución 2335 de 2023.

Gestión en el proceso de contrarreferencia

22. ¿La contrarreferencia debe iniciarse a qué tipo de prestador?

Respuesta: La entidad responsable de pago deberá iniciar el proceso de contrarreferencia al prestador de servicios de salud que realizó la remisión inicial o a un prestador de servicios de salud en el municipio de residencia de la persona que pueda dar continuidad al manejo clínico instaurado.

Actualización de los datos de contacto de las personas:

23. ¿Cuándo deben actualizarse los datos de contacto de las personas por parte de los prestadores de servicios de salud?

Respuesta: La actualización de datos de contacto de las personas, deben realizarse por parte de los prestadores de servicios de salud, cada vez que la persona de manera directa o a quien ella autorice, los contacte y sus datos de contacto requieran dicha actualización.

No obstante, cuando se trate de una atención de urgencias, la actualización se hará de manera posterior.

En el caso de los proveedores de tecnologías en salud que no atiendan directamente a las personas, no están obligados a la actualización de la información de contacto.

Publicación de la información de la red integral e integrada por parte de las entidades responsables de pago:

24. ¿A qué corresponde la adaptabilidad con enfoque diferencial, señalada en el artículo 14 de la Resolución 2335 de 2023?

Respuesta: Se refiere a que la información de la red integrada e integral que debe publicar la entidad responsable de pago, debe adecuarse a las características socioculturales, usos, costumbres y adaptarse a las limitaciones de comunicación, de acuerdo con la población.

Canales de información transaccional:

25. ¿Las ERP pueden establecer horarios y fechas de corte en el mes para recibir las facturas?

Respuesta: No, según lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011 y en aplicación del numeral 16.2 del artículo 16 de la Resolución 2335 de 2023, modificada por la Resolución 1886 de 2024, el proceso de radicación deberá realizarse de manera virtual, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, todos los días del año.

26. ¿Quién debe dar el acuse de recibido automático?

Respuesta: La entidad responsable de pago, debe realizar procesos automatizados y en línea que contengan la trazabilidad cronológica de la transferencia de información y el acuse de recibo de la información enviada, para cada una de las transacciones que se realicen, de conformidad con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o la norma que la modifique o sustituya, definiendo un plan de contingencia que permita garantizar la continuidad del proceso.

Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023:

27. ¿En qué formato se debe hacer la representación gráfica del Anexo Técnico No. 1?

Respuesta: No está definido un formato físico, por cuanto se espera que tecnológicamente desarrollen un mecanismo para la utilización de información que permita el reporte de la información requerida para cada caso.

28. ¿Se debe realizar un solo reporte en el cual se encuentren todos los campos solicitados, dejando en blanco los campos que no corresponden al trámite que se solicita o se debe generar un reporte con los campos correspondientes al trámite requerido?

Respuesta: No, con la determinación de los campos requeridos para cada trámite, se espera que a través de los medios tecnológicos se utilicen únicamente los definidos, sin que incluya campos innecesarios.

29. ¿Pueden glosar las cuentas por falta de calidad o cantidad de los campos de datos del Anexo Técnico No. 1?

Respuesta: No, dicha causal no está definida como una causal de devolución o glosas en el Manual Único de Devoluciones Glosas y Respuestas dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Resolución 2284 de 2023, modificada por la Resolución 1885 de 2024.

Anexo Técnico 2 de la Resolución 2335 de 2023:

30. ¿A qué corresponden los agrupadores que se enlistan en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 2335 de 2023?

Respuesta: Los agrupadores enlistados en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 2335 de 2023 corresponden a la forma como las EPS deben organizar la información de la red integral e integrada contratada para disponerla a su población afiliada de acuerdo con las condiciones de salud y sus intereses de información adecuada, disponible y actualizada.



RESOLUCIÓN 2284 DE 2023

Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones

PREGUNTAS FRECUENTES

Campo de aplicación:

31. ¿Qué entidades están obligados a cumplir con los soportes de cobro y el Manual de Devoluciones, Glosas y Respuestas definido en la Resolución 2284 de 2023?

Respuesta: Las disposiciones de la Resolución 2284 de 2023 y sus anexos técnicos deben cumplirse por parte de los siguientes:

2.1. Las entidades responsables de pago, a saber:

2.1.1. Las entidades promotoras de salud;

2.1.2. Las entidades adaptadas;

2.1.3. Las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud

2.1.4. Las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas;

2.1.5. Las entidades que administran u operan los regímenes Especial y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, cuando celebren acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud o con proveedores de tecnologías en salud a quienes les sea aplicable.

2.2. Los prestadores de servicios de salud

2.2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud;

2.2.2. Los profesionales independientes de salud;

2.2.3. El transporte especial de pacientes.

2.3. Proveedores de tecnologías en salud

2.3.1. Operadores logísticos de tecnologías en salud

2.3.2. Gestores farmacéuticos

2.3.3. Organizaciones no gubernamentales, universidades, personas jurídicas y personas naturales que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud en el marco de lo dispuesto en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Soportes de cobro y radicación de cuentas

32. ¿Pueden las ERP pedir soportes diferentes a los definidos por el Ministerio?

Respuesta: No. Tal y como lo define el artículo 2.5.3.4.4.1 del Decreto 780 de 2016 incorporado por el Decreto 441 de 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social, es el único que puede definir los soportes de cobro que deben presentarse ante las entidades responsables de pago, para el cobro de las cuentas de salud, los cuales se encuentran definidos de manera expresa en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2284 de 2023, modificada parcialmente por la Resolución 1885 de 2024.

33. ¿Será posible radicar soportes de cobro de manera física?

Respuesta: No, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 2284 de 2023, los soportes de cobro solo pueden ser entregados de manera digital o electrónica.

Los soportes deben ser presentado conforme a las características definidas en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 2284 de 2023.

34. ¿Todos los soportes de cobro que se determinan en la Resolución 2284 de 2023, son obligatorios para el proceso de radicación de la FEV en salud?

Respuesta: No, los únicos soportes de cobro que son obligatorios para el proceso de radicación son: La factura de venta en salud – FEV en salud y, los RIPS validados mediante el mecanismo único dispuesto por el Ministerio. Los demás soportes enunciados en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2284 de 2023, modificada parcialmente por la Resolución 1885 de 2024, pueden ser acordados por las partes.

Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas

35. ¿Pueden las ERP formular devoluciones o glosas por causas diferentes a las descritas en el Manual?

Respuesta: No, las causas de devoluciones, glosas y respuestas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, son taxativas, por lo que no se podrán crear, eliminar o modificar las allí dispuestas.

36. ¿Las ERP pueden formular devoluciones o glosas en tiempos fuera de los definidos en la normatividad?

Respuesta: No. El artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, ha definido los tiempos para aplicar las causas de glosas. Por su parte, el artículo 6 de la Resolución 2284 de 2023 define los términos para aplicar devoluciones, entendiendo éstas últimas como las causales que determinan o no la responsabilidad en el pago, y de esta manera se debe cumplir con los plazos de pago definidos en el literal d, del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.

37. ¿Pueden formularse glosas por porcentajes generales o globales sin tener una causal específica producto de una auditoría?

Respuesta: No, las glosas globales están prohibidas y sólo pueden formularse y comunicarse glosas que obedezcan a un ejercicio real en el proceso de auditoría y sea evidenciable la inconformidad encontrada por parte de la entidad responsable de pago, conforme a las causales del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.

38. ¿Qué pueden hacer los prestadores de servicios de salud, ante las controversias presentadas frente a las glosas y devoluciones?

Respuesta: Los prestadores de servicios de salud tienen tres instancias para acudir ante controversias presentadas frente a la formulación de glosas y devoluciones. En primera instancia realizar la gestión y análisis de las situaciones en el marco del seguimiento de los acuerdos de voluntades, el cual puede incluir estos procesos y debe obedecer a acciones de mejora preventivas o correctivas. En segunda instancia acudir a los mecanismos de solución de conflictos pactado en los acuerdos de voluntades. Y, en tercera instancia, presentar solicitud con el debido acervo probatorio ante la Superintendencia Nacional de Salud para hacer uso de las facultades

conciliatorias o jurisdiccionales que le competen como ente de inspección, vigilancia y control. En cualquier caso, las partes también pueden acudir a la vía judicial ordinaria para adelantar los procesos correspondientes.

39. ¿Qué implicaciones conlleva el abuso de glosas infundadas o inexistentes?

Respuesta: De acuerdo a lo definido en el artículo 7º del Decreto 1281 de 2002, en el evento de que se presenten glosas infundadas, el prestador de servicios de salud tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de la presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.

Auditoría de cuentas médicas

40. ¿Qué pasa si las ERP tiene contratado a entidades externas o particulares para los procesos de auditoría?

Respuesta: Si las entidades responsables de pago contratan los procesos de auditoría con un tercero, éste deberá sujetarse a lo establecido en la Resolución 2284 de 2023, sin que haya lugar a exigir condiciones o requisitos adicionales.

Procedimiento para Devoluciones

41. ¿Qué tiempo tiene la ERP para formular devoluciones?

Respuesta: La entidad responsable de pago cuenta con cinco (5) días hábiles siguientes a la radicación de la cuenta para formular y comunicar por una única vez a los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, la devolución de la factura de venta en salud. Una vez vencido dicho término, no será posible aplicar devoluciones a esa factura.

42. ¿Cuáles son las causales de devolución en la Resolución 2284 de 2023?

Respuesta: Las causales de devolución se encuentran establecidas en la tabla de devoluciones del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas contenido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2284 de 2023, las cuales se discriminan a continuación:

- La factura corresponde a una persona que pertenece a otro responsable de pago en el momento de la atención
- El prestador de servicios de salud que factura no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago.
- Factura ya ha sido pagada o ya fue radicada y se encuentra en trámite.
- El prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud no radica los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura conforme al artículo 14 de la Resolución 2275 de 2023, modificada por la Resolución 558 de 2024.

Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2284 de 2023

43. ¿La autorización emitida por la entidad responsable de pago es un soporte de cobro para las cuentas médicas?

Respuesta: No. Las autorizaciones que emitan las entidades responsables de pago no serán un soporte para el cobro de las cuentas médicas. En los RIPS se registrará la información del número de autorización y de la solicitud registrada por el prestador de servicios de salud.

Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 2284 de 2023

44. ¿Cómo deben ser presentados y radicados la FEV en salud y los RIPS ante las entidades responsables de pago?

Respuesta: La Factura Electrónica de Venta en salud debe ser presentada en formato XML conforme lo estableció la DIAN y, los RIPS deben ser presentados en formato JSON conforme lo determinó la Resolución 2275 de 2023, ambos previamente validados por el mecanismo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

45. ¿Cómo deben ser presentados y radicados los demás soportes de cobro definidos en la Resolución 2284 de 2023, ante las entidades responsables de pago?

Respuesta: Los demás soportes de cobro definidos en la Resolución 2284 de 2023 deben ser presentados y radicados ante las entidades responsables de pago en formato PDF, conforme las características definidas en el Anexo Técnico No. 2 de la presente resolución.

Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2284 de 2023

46. ¿Los códigos y causales del anterior manual de glosas y devoluciones cambiaron?

Respuesta: Si. El nuevo Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas establecido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2284 de 2023 representa cambios tanto en la codificación como en las causales, además de cambios sustanciales frente a la estructura, contenido y organización del manual.

47. ¿Con el nuevo Manual, se podrán mezclar las devoluciones con las glosas? Es decir las ERP pueden formular una causa de glosa como una devolución?

Respuesta: No. El nuevo Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas establecido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2284 de 2023 detalla separadamente las causas de Devolución como las causas de Glosas. Por lo tanto, las entidades responsables de pago no pueden formular una causa de glosa como una devolución.

48. ¿Puede un prestador de servicios de salud, volver a presentar una nueva factura, si la ERP le formuló justificadamente la causal de Devolución DE5601?

Respuesta: Si. Los prestadores de servicios de salud, pueden volver a presentar y radicar una nueva factura, si la ERP le formuló justificadamente la causal de Devolución DE5601.

49. ¿Las glosas SA pueden imponerse por parte de las entidades responsables de pago en el ejercicio inicial de auditoría de la cuenta médica?

Respuesta: No. El grupo de causas de glosas definidas como SA corresponde a glosas por seguimiento a los acuerdos y como tal, son glosas que se aplican, como resultado del seguimiento a los acuerdos de voluntades el cual debe corresponder al ejercicio periódico y conjunto entre las partes,



esto es entre prestadores de servicios de salud con sus entidades responsables de pago.

50. ¿A qué se refiere el numeral 2 del Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2284 de 2023?

Respuesta: La información contenida en el numeral 2 del Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2284 de 2023, corresponde a la información transaccional de la recepción de los soportes de cobro, la comunicación de devoluciones, glosas y respuestas por la entidad responsable de pago, prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, según aplique; la cual, debe ser registrada de forma automatizada, en línea y en el formato de datos que permita capturar la información, a través de los canales de relacionamiento y mecanismos de entrega y actualización de información pactados.