

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 1 DE 23

## PROCESO FACTURACION

### MEDIPOHDS

### SINCELEJO

2022


#### 1. OBJETIVO

Establecer el proceso de facturación y el manejo concomitante de los sistemas de información de las aseguradoras con contratación vigente en la **IPS MEDIPOHDS**, teniendo en cuenta las capacidades técnicas científicas y administrativas y los estándares de calidad.

#### 2. ALCANCE

Aplica para el personal de facturación.

#### 3. RESPONSABLE

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN: 01/12/2021
		PÁGINA 2 DE 23

Facturadores.

#### 4. DEFINICIONES

##### INTRODUCCION

El presente proceso tiene como propósito contar con una guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades de facturación en la IPS **MEDIPOHDS**. Por tal motivo, el proceso además de constituir un instrumento de referencia fundamental para el desempeño de rutinas de trabajo, servirá de directriz para la capacitación, inducción y evaluación del personal.

Las plataformas, portales Y software adquiridos por las aseguradoras, buscan integrar la red de manera ágil y sencilla, con el fin, de optimizar la operación de todos los actores del sistema.

##### GENERALIDADES DE LA FACTURACIÓN

###### Definiciones de facturación

- Es el proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio ~~pa~~ efectos de cobro.
- Conjunto de actividades que nos permiten liquidar la prestación de servicios de salud que conlleva a la atención al usuario en la entidad.

###### Objetivo general del proceso de facturación

- Facturar las actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la IPS, tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de ~~ls~~ servicios. Informar los ingresos con los cuales se financiará la institución y enviar la información necesaria para las diferentes áreas de la misma: Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Compañías Aseguradoras, Fondo de Solidaridad y Garantías (ADRES), entre otras.

###### Objetivos específicos de la facturación

Los principales objetivos específicos del proceso de facturación son:

- Mecanismo por el que se accede al subsidio a la demanda; es decir, se enfoca a la supervivencia económica a la valoración de los servicios prestados y a la eficiencia de la unidad prestadora de servicios en salud.

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 3 DE 23

- Generar una factura por los servicios en salud prestados al paciente.
- Diseñar e implementar los instrumentos básicos para la captura de información de los diferentes servicios, teniendo en cuenta para esto los manuales de tarifas para compra y venta de servicios.
- Crear mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso de prestación de los servicios y cruces de información con las demás áreas de la institución.
- Establecer responsables del suministro, captura y cruces de información, dentro del proceso de facturación.
- Efectuar el análisis de la participación de cada uno de las áreas dentro del proceso de facturación y por ende en el presupuesto de la IPS.
- Suministrar información estadística y contable como documentos de análisis y soporte del área financiera y administrativa.
- Suministrar información y herramientas para el proceso de cobro de los servicios prestados.
- Obtener detalle de los ingresos de tal manera que permita analizar la rentabilidad por cada uno de los servicios prestados para la adecuada toma de decisiones.
- Garantizar a todos los usuarios una información ágil y veraz sobre su estado de cuenta.
- Dotar de herramientas más cercanas a la realidad económica, que permitan a las directivas de la IPS tomar decisiones oportunas y acertadas.
- Permitir el enlace entre la parte administrativa, financiera y asistencial.

#### **Misión del área de facturación**

Realizar de forma ágil, oportuna, completa, clara y correcta la liquidación de las cuentas de cada uno de los usuarios que asisten a la institución, con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados y, de esta forma, garantizar los ingresos que permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la IPS

#### **Tener en cuenta antes de Facturar**

1. Tener Claro la Contratación
2. Tener claro la normatividad
3. Conocer los diferentes manuales tarifarios
4. Saber Liquidar

#### **Herramientas Ofimáticas y logísticas**

1. Computador
2. Impresora
3. Escáner
4. Estantería
5. Bodegaje
6. Internet (Gran Velocidad)

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 4 DE 23

## MARCO LEGAL

### DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

**OBJETIVO D4747/2007:** El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

### PROCESO DE ATENCION


**Artículo 11.** Verificación de derechos de los usuarios: La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

**Artículo 15.** Solicitud de servicios electivos: Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 17.** Proceso de referencia y contra referencia: El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia y la operación del sistema de referencia y contra referencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN: 01/12/2021
		PÁGINA 5 DE 23

en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora.

Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

**Parágrafo.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contra referencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

**Artículo 22.** Manual único de glosas, devoluciones y respuestas: El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 23.** Trámite de glosas: Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes,

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 6 DE 23

informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

**Artículo 24.** Reconocimiento de intereses: En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

#### **RESOLUCION NUMERO 003047 DE 2008.**

Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

#### **OBJETIVO**

El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

#### **ARTICULOS**

Artículo 2. Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago:

Para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago de que trata el parágrafo 2 del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución. El informe deberá reportarse a más tardar los días 15 y el último día de cada mes por parte del prestador de servicios de salud a las entidades responsables del pago.

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 7 DE 23

**Parágrafo 1.** Las bases de datos de que trata el artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 tendrán la estructura establecida en la Resolución 812 de 2007 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de la Protección Social publicará en su página Web el listado de códigos, direcciones y teléfonos de las entidades responsables del pago. Las direcciones territoriales de salud publicarán este mismo listado en su página Web.

**Artículo 3.** Formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias: El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.

El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 8 del Decreto 3990 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable del pago devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.

**Parágrafo 1.** En caso de que no haya sido posible establecer la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud deberá reportar el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.



	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 8 DE 23

**Parágrafo 2.** Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

**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.

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

**Artículo 9.** Procesos automatizados para la recepción o envío de los formatos: Si los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios, cuentan con procesos automatizados para la generación, envío y recepción de la información de que trata la presente resolución, o con desarrollos tecnológicos adicionales como códigos de barras, o sistemas de comunicación telefónica, entre otros, los mismos podrán seguir siendo utilizados siempre y cuando incluyan todas las variables y estándares de datos establecidos en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4 y 7 de la presente resolución.

**Parágrafo.** El Ministerio de la Protección Social, con el fin de determinar el impacto de las medidas definidas mediante la presente resolución, definirá un conjunto de entidades responsables de pago e instituciones prestadoras de servicios de salud, que tengan automatizados los procesos, para que le remitan la información de los trámites definidos en la presente resolución.



	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 9 DE 23

**Artículo 14.** Manual único de glosas, devoluciones y respuestas: La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

## RUTA DE FACTURACIÓN

### Recepción (Ver Imagen 1.)

En este proceso existen dos tipos de paquetes. Los que hacen parte de las facturas agrupadas y los de factura individuales, inicialmente ambos pasan a auditoría previa. Pero, luego de la auditoría previa se hacen dos procesos. Uno generar la factura a la entidad y el otro es de agrupar los paquetes por orden de admisión. Este último proceso generará una única factura que agrupará todos los paquetes recibidos y por supuesto que cumplan con todo de la auditoría previa.

Antes de pasar a auditoría previa, se hacen los siguientes procesos:

1. Recibir los paquetes o soportes básicos de las diferentes área funcionales de MEDIPOHDS, que hacen referencia al paciente y el servicio prestado.
2. Relacionar los paquetes en una plantilla de excel, con el objetivo de llevar control de la trazabilidad y controlar los ingresos abiertos generados durante el proceso de solicitud del paciente.
3. Ordenar por numero de admisión todos los paquetes. Orden (A-Z)
4. Separar los paquetes de facturas individuales de los paquetes de facturas grupales
5. Dividir los paquetes de facturas individuales por administradora y por régimen.
6. Dividir los paquetes de facturas grupales por administradora, por fecha de atención, por servicio, por municipio, según aplique.
7. Pasar a Auditoría previa.

### Auditoría previa

1. Revisar soportes, estos deben corresponder al paciente atendido.
2. Revisar que la autorización este vigente y no vencida.
3. Revisar que la autorización no hayan sido utilizada en otra atención.

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 10 DE 23

4. Revisar que la fecha de la autorizaciones sean anteriores o igual a la atención
5. Revisar que lo autorizado corresponda al servicio prestado
6. Revisar que no exista tachones o enmendaduras en la autorización.
7. Revisar que la copia del documento de identidad esté completamente legible.
8. Revisar que la cantidad de la autorización corresponda a las cargadas en el sistema o viceversa
9. Revisar que el valor del servicio corresponda al pactado
10. Revisar que el valor del servicio autorizado tenga el valor descrito y además corresponda al acta de internación (Entidades sin Contrato)
11. Revisar si la autorización registra copago o cuota moderadora
12. Revisar Regimen del paciente (ADRES)
13. Revisar que la Historia Clínica esté ordenada por fecha, es decir, de la más reciente a la más antigua (SALUD TOTAL)
14. Revisar que la admisión corresponda al paciente atendido
15. Revisar que el documento esté bien escrito en el software (SIOS), según documento físico de identidad del paciente.
16. Si todo está bien pasa a facturación

### **Facturar**

Este proceso cuenta con (2) dos partes la primera es de facturas individuales y la segunda de facturas agrupadas

### **Facturas individuales**

1. Revisar que el cargue en el software (SIOS) corresponda a la atención o servicio prestado
2. Revisar la cantidad del servicio, para el caso de Patología y/o Procedimientos
3. Revisar valor del servicio, este debe coincidir con lo pactado con la entidad
4. Revisar que el campo de autorización en el software (SIOS) este con el número de autorización física que aporta el paciente
5. Revisar que los campos requeridos para los RIPS estén llenos en el software (SIOS). En el caso de Consulta: Autorización, Finalidad de la consulta, Causa Externa, Tipo de diagnóstico principal, prestador y Diagnóstico principal. En el caso de Procedimiento: Autorización, Finalidad del procedimiento, Prestador, Diagnósticos de procedimiento.
6. Generar factura electrónica
7. Anotar el número de la factura electrónica en el paquete
8. Pasar a Escaner.

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 11 DE 23

### **Facturas grupales**

1. Revisar que el cargue en el software (SIOS) corresponda a la atención o servicio prestado
2. Revisar la cantidad del servicio, para el caso de Patología y/o Procedimientos
3. Revisar valor del servicio, este debe coincidir con lo pactado con la entidad
4. Revisar que el campo de autorización en el software (SIOS) este con el numero de autorización física que aporta el paciente
5. Apilar el paquete según numero de admisión. Orden (A-Z)
6. Colocar OK, al paquete para identificar que fue revisado y corregido.
7. Pasar a Escaner
8. Realizar factura electrónica unica con todos los soportes que pertenecen a la entidad (FIN DE MES)
9. Generar RIPS

### **Generar RIPS**


Para generar los RIPS se deben seguir los pasos abajo descritos no importa si son de facturas individuales o facturas agrupadas. Para el caso de las facturas individuales se selecciona varias facturas realizadas en un periodo o periodos anteriores, facturas que en su momento no pudieron ser radicadas. Para el caso de las facturas agrupadas solo se selecciona una factura que es la que contiene todos los ingresos previamente seleccionados.

### **RIPS**

1. Seleccionar la Administradora y régimen
2. Seleccionar periodo de facturación Fecha inicial y fecha final
3. Seleccionar archivos RIPS (AC, AP, AH, AT, AU, AM, US, AN, AD, AF) los que apliquen
4. Seleccionar las facturas o factura que harán parte de los RIPS
5. Seleccionar la carpeta donde quedarán los RIPS generados

### **Desglosar RIPS**

1. Separar del archivo principal los ingresos que hacen parte de un mes anterior (Facturas agrupadas y CAPITA)
2. Separar del archivo principal los AC de los AP (ALLIAN)
3. Separar del archivo principal las especialidades, cada especialidad tendrá su propio RIPS. Este a su vez debe separarse por municipio y EPS. (VIVA 1A)
4. Separar del archivo principal los procedimientos, cada procedimiento tendrá su propio RIPS. Este a su vez debe separarse por municipio y EPS. (VIVA 1A)
5. Separar del archivo principal las patologías, las patologías tendrán su propio RIPS. Estos a su vez deben separarse por municipio y EPS. (VIVA 1A)
6. Realizar RIPS por separado de ONCOLOGIA o CX LASER. Todo con el objetivo de llevar un mejor control e identificar con mayor claridad las facturas y/o pacientes.

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 12 DE 23

### **Validad RIPS**

En este proceso se puede trabajar con el validador de la entidad o con el validador que cuenta MEDIPOHDS. El común denominador es que exista una validación exitosa. Y así poder entregar a la entidad la facturación o cuenta de cobro de los servicios prestados.

### **Validador EPS COOSALUD**


1. Cargamos los archivos RIPS (AC, AP, AM, AF, CT, US)
2. Programamos para la validación (Tipo de contrato, departamento, número de contrato, Entidad que valida)
3. Guardamos
4. Procesa los RIPS y si hay errores lo muestra en pantalla, indicando que tipo de error y en qué línea de los archivos descritos en el punto 1
5. Corregir error en archivos RIPS y volver a cargar
6. Procesa los RIPS y si el cargue el exitoso, es en este momento que el portal permite cargar las facturas y soportes, por separado, es decir, las facturas por un lado y los soportes por otro. Pero ambos deben tener el mismo nombre.

### **Validador EPS COMFASUCRE**

1. Cargamos los archivos RIPS (AC, AP, AM, AF, CT, US)
2. Programamos para la validación (Tipo de contrato, departamento, número de contrato, Entidad que valida, mes de validación y año)
3. Guardamos
4. Procesa los RIPS y si hay errores lo muestra en pantalla, indicando que tipo de error y en qué línea de los archivos descritos en el punto 1
5. Corregir error en archivos RIPS y volver a cargar
6. Procesa los RIPS y si el cargue el exitoso, es en este momento que el portal permite que se envíe por correo a través de WETRANFER que es un aplicativo de transferencia de datos con capacidades superiores, es decir, puedes mandar archivos con peso de 2 Gb, además es el aplicativo indicado por la EPS para el envío de soportes

### **Validador EPS VIVA 1A**

1. Dividir los RIPS por Especialidad, Patología y Procedimientos
2. Crear un archivo en Excel con el nombre servicios. En él se debe cargar periodo, factura, tipo de identificación, número de identificación, nombre del paciente, código cups, nombre del servicio, valor unitario, cantidad, valor total
3. Comprimimos los archivos, incluido en archivo de Excel con el nombre de la factura
4. Cargamos el archivo RIPS
5. Le damos validar
6. Procesa los RIPS y se hay errores emite un archivo Excel, indicando que tipo de error es...
7. Corregir error en archivos RIPS y volver a cargar

 <b>MEDIPOHDS</b> <i>Servimos con Calidad</i>	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 13 DE 23

8. Procesa los RIPS y si el cargue el exitoso genera un sticke de cargue exitoso que debe ser impreso y anexado al paquete que físicamente se entregará.

#### **Validador Aseguradora (ALLIANZ)**

1. Seleccionar la IPS (MEDIPOHDS SAS)
2. Cargamos los archivos RIPS (AC, AP, AM, AF, CT, US)
3. Validamos
4. Procesa los RIPS y si hay errores emite un pantallazo, indicando que tipo de error es...
5. Corregir error en archivos RIPS y volver a cargar
6. Procesa los RIPS y si el cargue el exitoso el portal permite que se carguen la factura y los soportes por separado, los soportes con el número de factura + el número de admisión
7. Antes del punto 6
8. Indicar debemos cargar el prestador, ramo, numero de factura, Gasto, tipo de servicio, diagnostico, valor, id del paciente, autorización

#### **Validador Prepagada (COOMEVA)**

1. Dividimos en Consultas y Procedimientos
2. Cargamos los archivos RIPS (AC, AP, AM, AF, CT, US) comprimido en un .ZIP
3. Validamos
4. Procesa los RIPS y se hay errores emite un pantallazo, indicando que tipo de error es...
5. Corregir error en archivos RIPS y volver a cargar
6. Procesa los RIPS y si el cargue el exitoso el portal permite que se carguen la factura y los soportes este último separado desglosado en: cedula, autorización, Voucher, historia clínica, planilla, anexo técnico 5, entre otros que apliquen. Todo lo anterior factura a factura.

#### **Validador IPS MEDIPOHDS**

1. Cargamos los archivos RIPS (AC, AP, AM, AF, CT, US)
2. Validamos
3. Procesa los RIPS y si hay errores emite un pantallazo, indicando que tipo de error es...
4. Corregir error en archivos RIPS y volver a cargar
5. Procesa los RIPS hasta que el cargue sea exitoso
6. Quemar CD

#### **Radicación**

En este proceso se radica de dos formas una virtual que puede ser a través del portal o el correo, otro modo es el presencial. Para el caso de los portales se procede a hacer los pasos que están descritos en los Validadores de ALLIANZ, COOMEVA PREPAGADA, COOSALUD, COMFASUCRE.

	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 14 DE 23

En el caso de los correos se ordenan los PDF separando factura de los soportes. En este correo se debe describir en el asunto, el NIT de la IPS, la razón social, y el mes a radicar. En muchas se cita la circular de la entidad en donde solicitan que la radicación por causa de la pandemia es por el correo.

#### **Presencial**

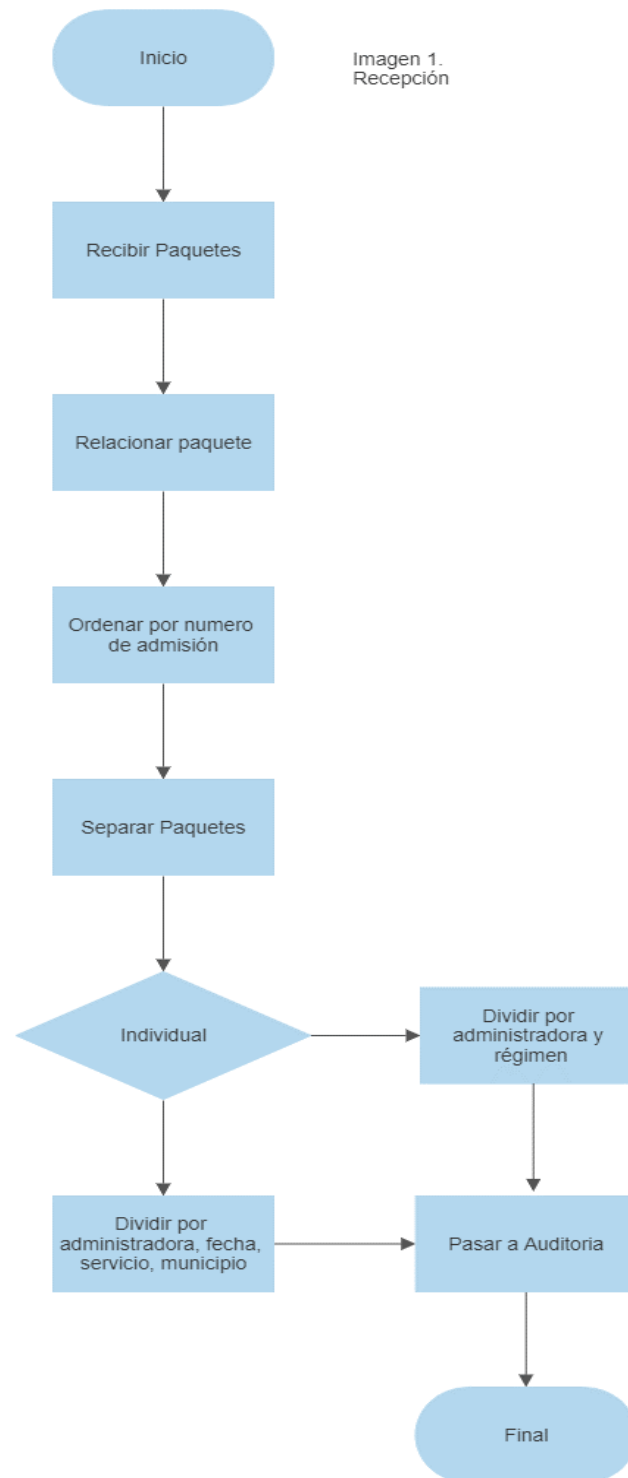
1. Legajar Paquete
2. Imprimir Recibido
3. Entregar CD, Paquete y Recibido
4. Recibir recibido firmado con la fecha de entrega. Que será la fecha de radicación

#### **Glosas**

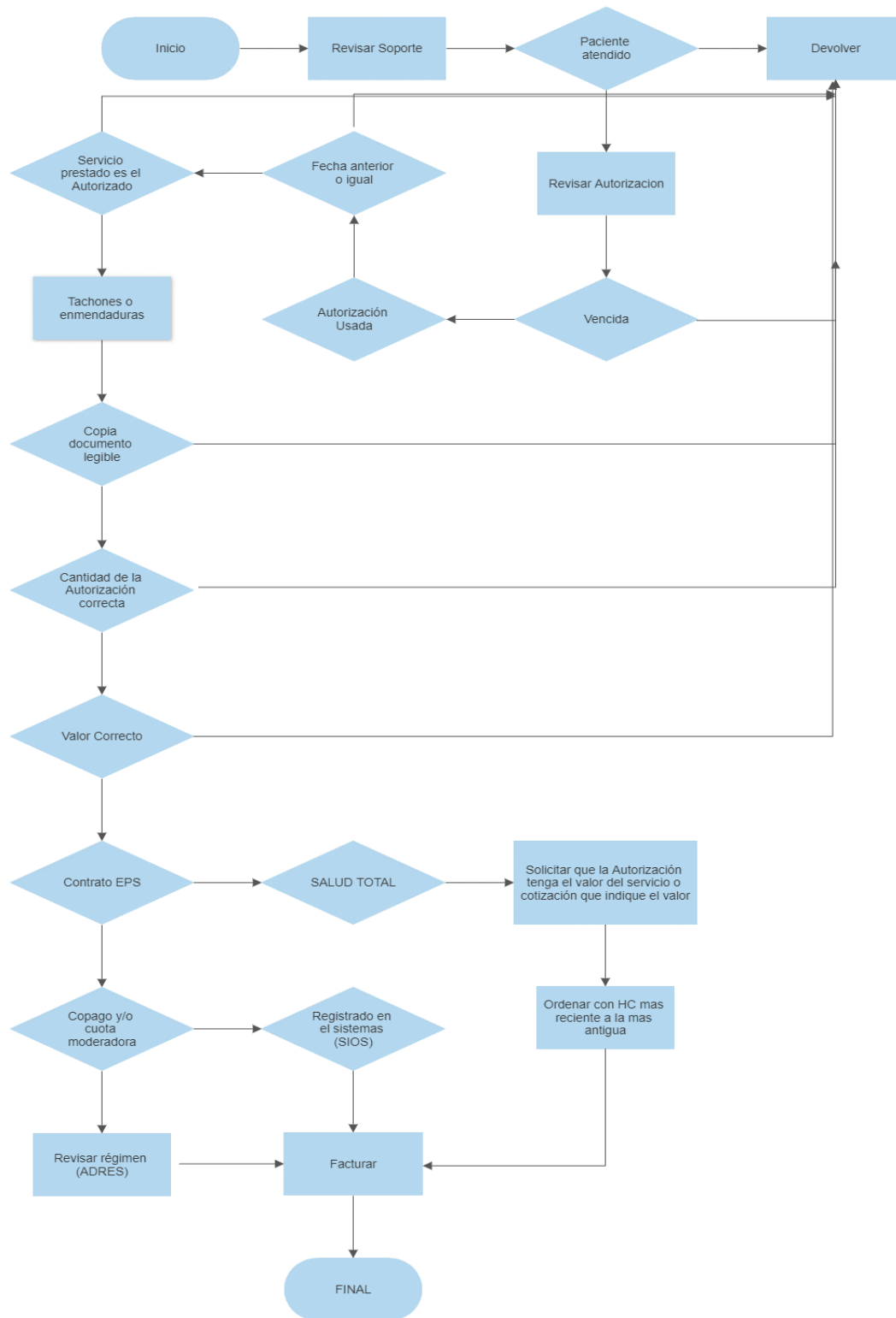
1. Recepcionar y registrar las glosas
2. Contestar las glosas
3. Llevar control de glosa, que glosa es la más relevante
4. Socializar con los involucrados las glosas para subsanar y evitar futuras glosas
5. Controlar el porcentaje de glosa
6. Levantar glosas
7. Solicitar acta de conciliación, entregar a CONTABILIDAD

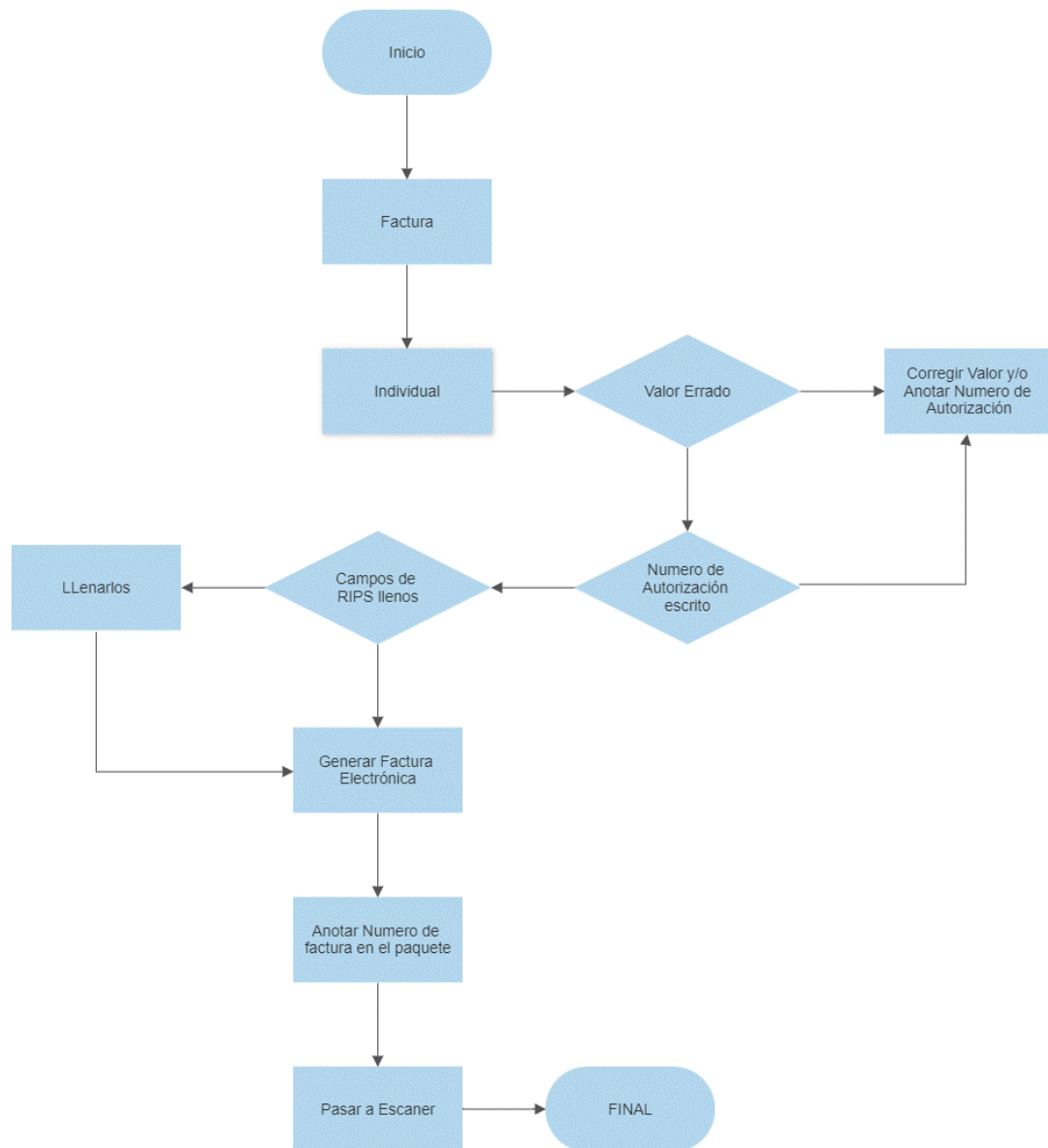
#### **Informes**

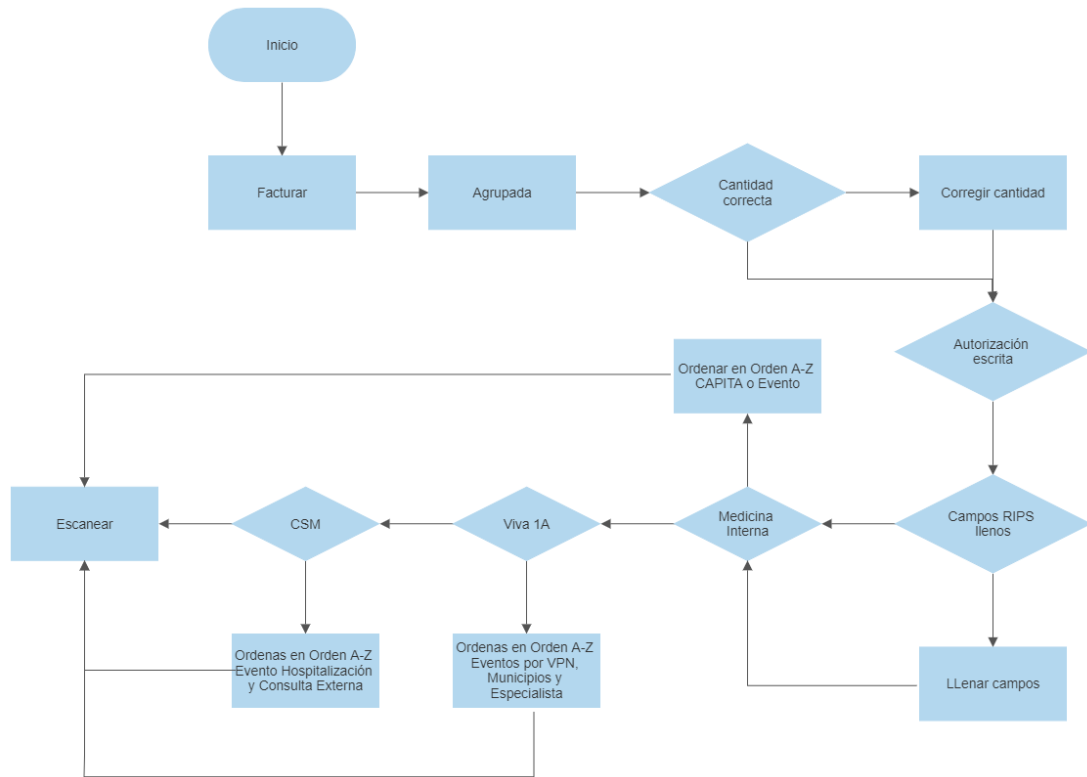
1. Comparativo Facturado vs Radicado, fuente software SIOS
2. Notas crédito realizadas
3. Glosas
4. Comparativo con los meses anteriores.

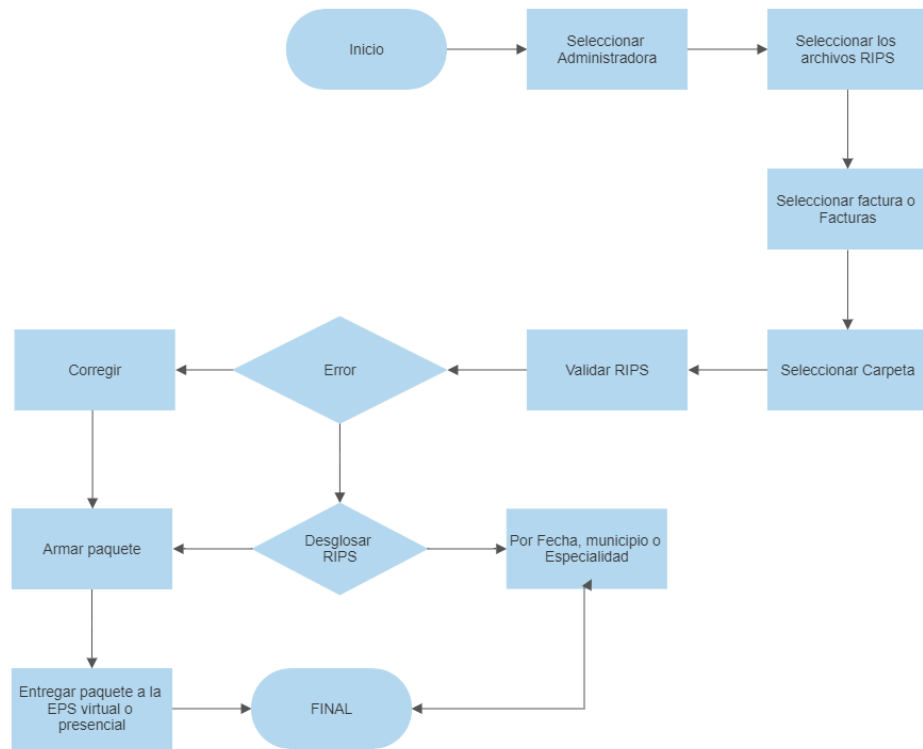


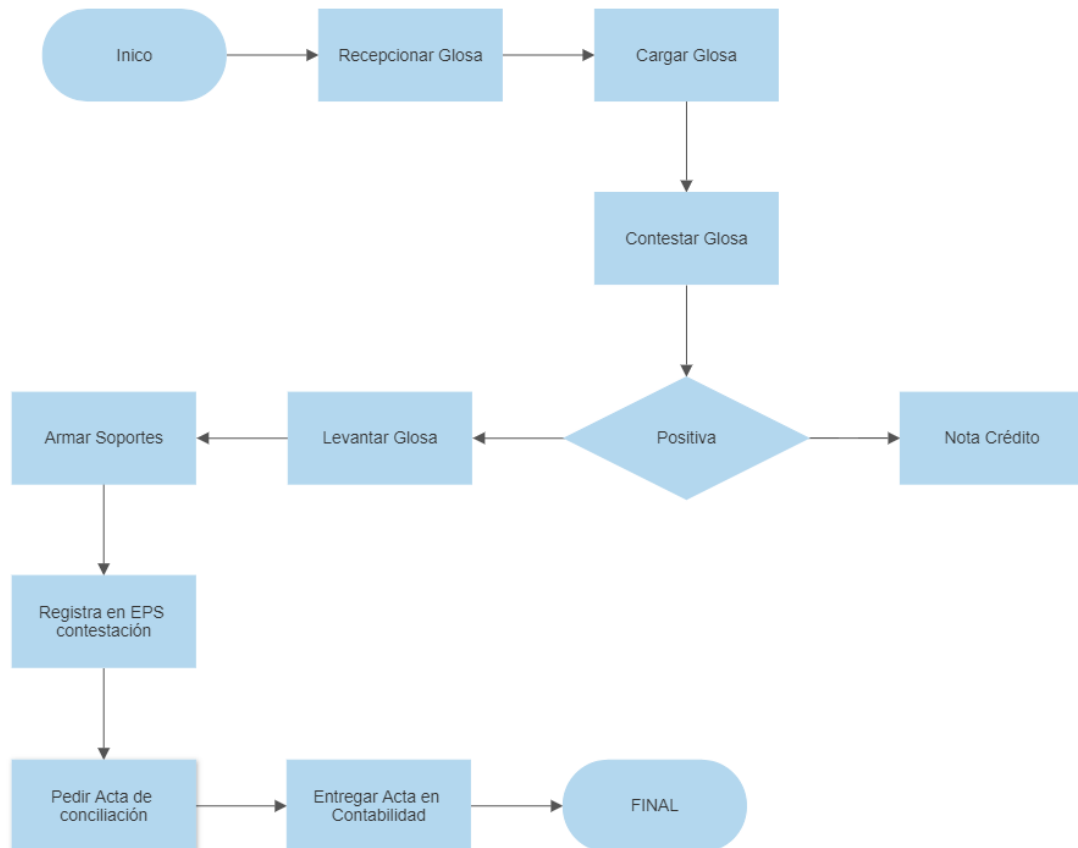


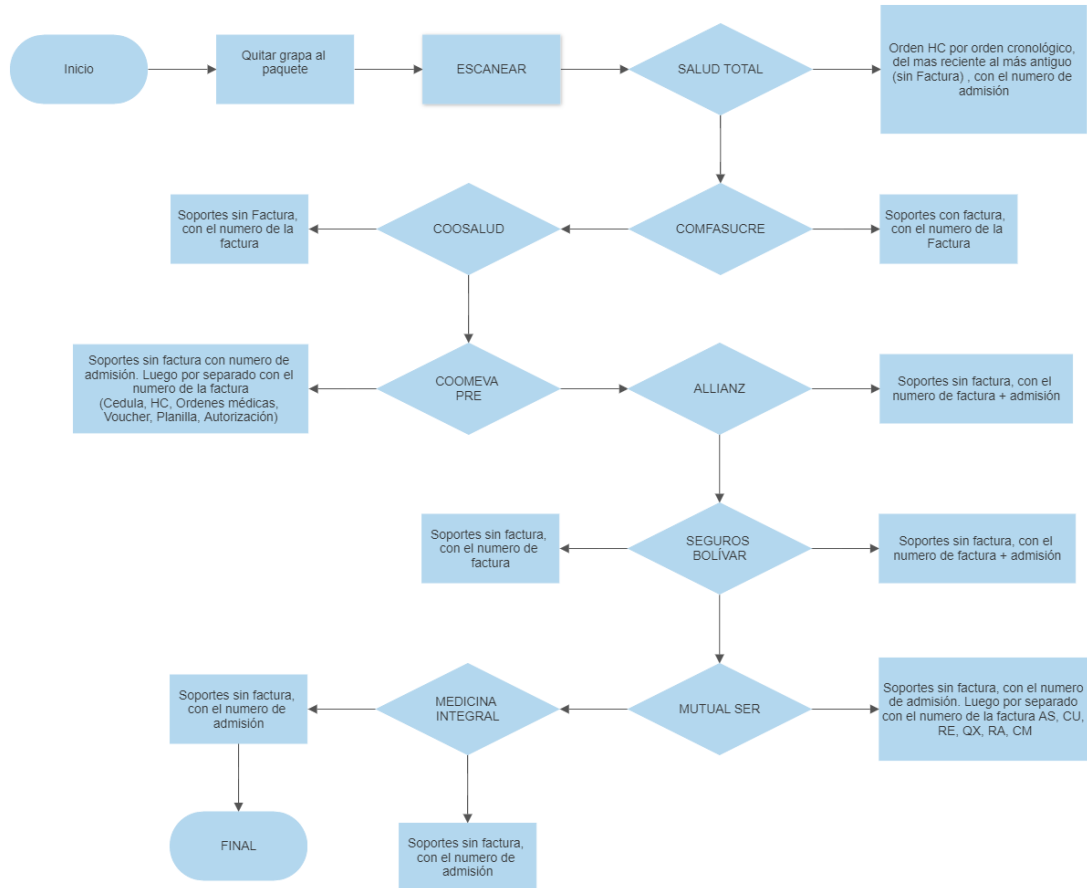













	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 22 DE 23

## INDICADORES FACTURACION

### Indicadores de Facturación

$$Admisiones facturadas = \frac{\text{numero de admisiones facturadas 2021}}{\text{numero de admisiones realizadas}}$$

Medición segundo semestre 2021.

$$Admisiones facturadas = \frac{12509}{15008}$$

$$Admisiones facturadas = 83.35\%$$

Análisis:

Para el periodo comprendido entre junio-diciembre 2021, se obtuvo un total de 83.35% de admisiones facturadas, es decir,

### Indicadores de Anulación

$$facturas anuladas = \frac{\text{numero de facturas anuladas}}{\text{numero de facturas realizadas}}$$

Medición segundo semestre 2021.

$$facturas anuladas = \frac{10}{12509}$$

$$facturas anuladas = 0.0008\%$$

Análisis:

### Indicadores de Glosas

$$glosas realizadas = \frac{\text{valor facturas glosadas}}{\text{Valor de Facturas realizadas}}$$



	<b>PROCESO FACTURACION</b>	CÓDIGO: P-087
		VERSIÓN: 1
		EMISIÓN:01/12/2021
		PÁGINA 23 DE 23

Medición segundo semestre 2021.

$$glosas\ realizadas = \frac{48706737}{2027110226}$$

$$glosas\ realizadas = 0.025\%$$

Análisis: