



**MANUAL DE AUDITORÍA CUENTAS  
MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD**



**EPS** | FAMILIAR  
DE COLOMBIA  
*Junto a ti*

 <b>EPS</b> FAMILIAR DE COLOMBIA <i>Junto a ti</i>	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 2 de 33</b>

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>OBJETIVOS</b> .....	6
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	6
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	6
<b>ALCANCE</b> .....	7
<b>RESPONSABLES</b> .....	8
<b>DEFINICIONES</b> .....	8
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN</b> .....	14
<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b> .....	16
<b>INDICACIONES PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS</b> .....	16
<b>Indicaciones para Contratados Capitados:</b> .....	16
<b>Indicaciones para la Facturación de Servicios Contratados por Eventos</b> .....	17
<b>Listado estándar de soportes de facturas según tipo de servicio por modalidad de pago</b> .....	19
<b>MIPRES</b> .....	19
<b>COBROS POR ACCIDENTES DE TRABAJO</b> .....	20
<b>CONCILIACIÓN DE GLOSA</b> .....	21
<b>SERVICIOS QUE EXCEDEN EL CUBRIMIENTO DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO</b> .....	23
<b>Las Coberturas por Amparos del SOAT</b> .....	23
<b>RECOBRO A ARL</b> .....	24
<b>PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO EFECTUADA POR LA EPS ANTE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, ARL</b> .....	25
<b>Recobro a pólizas aseguradoras</b> .....	26
<b>AUDITORÍA DE CONCURRENCIA</b> .....	27
<b>AUDITORIA DE CALIDAD</b> .....	27
<b>Auditoria Integral de Calidad:</b> .....	27
<b>Auditoría paciente trazador:</b> .....	28
<b>Auditoría seguimiento a planes de mejora:</b> .....	28
<b>Vigilancia de Incidente de Evento adverso:</b> .....	28
<b>Seguimiento a Indicadores:</b> .....	28

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 3 de 33</b>

<b>Auditoria de historia Clínica y adherencia a GPC:</b> .....	29
<b>Auditoria Seguimiento entrega oportuna de medicamentos:</b> .....	29
<b>NORMATIVIDAD</b> .....	29

### TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa de procesos EPS Familiar de Colombia S.A.S.....	15
Ilustración 2 Conformación Vicepresidencia de Servicios de Salud.....	16
Ilustración 3. Proceso MIPRES.....	20
Ilustración 4. Mecanismo de reporte de glosas. ....	22

### TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Marco Legal para Radicación. ....	29
--	----

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 4 de 33</b>

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia de 1991 fue la primera gestora de este proceso de facturación para la salud en las entidades públicas. En su Artículo 49 nos dice “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”. Es decir que menciona la descentralización de las instituciones, la cual se vuelve a retomar con la Ley 100 de 1993, Artículo 153, Numeral 6: “La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será de forma descentralizada (...)”. El Artículo 185 de la misma Ley 100 del 93 dice “Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera”, y más adelante, en el párrafo

Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza deberán establecer sistemas de auditoría, los cuales son definidos como procesos interdisciplinarios, que permiten al personal auditor realizar la evaluación de la red prestadora adscrita a nuestra entidad, acompañar el acto médico con el seguimiento a nuestros pacientes hospitalizados, con los objetivos de Mejorar la calidad de la atención médica, oportunidad en la prestación de los servicios en salud, racionalización del costo.

Hoy día, las IPS se ven afectadas económicamente, por la falta de regulación de relaciones con las entidades responsables del pago, en lo que respecta al tema de glosas; razón por la que se debe brindar mayor atención al proceso de auditoría de cuentas médicas, utilización de manuales tarifarios por parte del personal de facturación, uso de la normatividad vigente en el tema de contratación, manejo de indicadores de gestión que por supuesto deben ir de la mano de un excelente sistema de información que permita medir los procesos para la toma de decisiones por parte de los directivos.

La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro de dicho sector, para las instituciones privadas. Solo con la entrada en vigor del SOAT, se inicia la facturación


	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 5 de 33</b>

en las entidades públicas con la Carta Magna del 91, y a raíz del advenimiento de la Ley 100 de 1931, nace la descentralización de las instituciones de salud pública, lo que lleva a la creación de procesos como la facturación, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas, procesos que aún hoy en día están en crecimiento y ajustes.

La Auditoría está dirigida a la evaluación sistemática de la red prestadora adscrita a la EPS FAMILIAR DE COLOMBIA, concurrencia y cuentas médicas con el fin de lograr la atención segura de nuestros pacientes mediante un proceso estandarizado, garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad en referencia a la atención en salud, seguimiento diario de pacientes, así como la facturación de los servicios de salud.

Con el presente Modelo de Auditoria se pretende verificar el seguimiento de los acuerdos de voluntades, cumplimiento de los estándares de calidad a la atención de nuestros usuarios y la facturación presentada por la red de prestadores de la EPS , se requiere incluir, reglas especiales para las auditorías a realizar, con sujeción a la normativa establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, así mismo verificar la efectiva prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud, garantizando el adecuado tratamiento de los datos personales y sensibles relacionado con la prestación de la atención en salud de los afiliados a la EPS Familiar de Colombia.

Este modelo se comporta como un manual que busca que todo el personal de la EPS Familiar de Colombia S.A.S., y en especial el proceso de Auditoria en Salud, tenga un instrumento referente para el proceder o actuar relacionado al que hacer; así mismo, será de conocimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, el cual permitirá contar con un procedimiento claro de las acciones realizadas, garantizando que esta relación esté acorde con los parámetros contractuales definidos.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 6 de 33</b>


## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Establecer los lineamientos, políticas y procedimientos requeridos para garantizar una adecuada gestión de calidad, concurrencia y cuentas médicas con el fin de lograr la atención segura de nuestros pacientes mediante un proceso estandarizado a nivel nacional que asegure una atención de calidad a todos nuestros pacientes y que a la vez la facturación de bienes de servicios y bienes de salud presentados por las IPS y proveedores de la EPS estén acorde a lo establecido en la contratación y cumplan con los requisitos de norma.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**


1. Aplicar la normatividad legal vigente para desarrollar la auditoria de calidad, concurrencia y cuentas médicas de la EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS.
2. Realizar el seguimiento a la calidad de los servicios de salud prestados con el fin de garantizar los principios de continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad contemplados en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
3. Establecer responsables de cada una de las actividades y etapas del período de la auditoría de calidad, concurrencia y de cuentas médicas para ejercer los controles necesarios y el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la red de prestadores contratados.
4. Verificar el cumplimiento de los procesos médico-asistenciales a través de una revisión ordenada y sistémica de la entidad prestadora, el paciente y la historia clínica mediante la auditoria de calidad, concurrente y de cuentas médicas, evaluando los criterios implementados para cada proceso con base a la normativa legal vigente y las políticas que median el contrato entre las partes.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 7 de 33</b>

5. Implementar reglas para la Auditoria en salud de la EPS Familiar de Colombia, en el reconocimiento de la atención en salud prestada a Los afiliados de la EPS, el cual se evidencia en la facturación radicada por los prestadores en la EPS.
6. Establecer acciones claras en el manejo de cuentas medicas entre el asegurador como las IPS que hacen parte de la Red de prestadores de la EPS Familiar de Colombia a fin de disminuir la formulación de glosas no procedente evitando de este modo los reprocesos.
7. Agilizar los procesos de auditoría y respuesta a las glosas a que diere lugar como consecuencias de objeciones en auditoría realizada.
8. Socializar con la red de prestadores de servicios de salud - PSS mecanismo a auditoria establecidos por la EPS tendientes a garantizar atención en salud con oportunidad, integralidad, pertinencia y seguridad.
9. Definir y proponer una mejora continua en la prestación de los servicios hacía los afiliados y beneficiarios de EPS Familiar de Colombia, promoviendo la autoevaluación hacía la mejora de los procesos constituyendo la optimización de los recursos y a su vez garantizando la prestación de los servicios prestados con calidad, eficiencia, seguridad y oportunidad.

### **ALCANCE**

El presente manual está elaborado para documentar el proceso de auditoría de calidad, concurrencia y cuentas médicas, que inicia desde la visita a toda la red prestadora de auditoría integral con los respectivos instrumentos de evaluación que garantizan la adecuada la prestación del servicio, mediante la auditoría concurrente, evaluamos que los servicios de salud sean prestados de manera costo efectiva al afiliado hospitalizado en tiempo real, la auditoría de cuentas médicas inicia con la presentación de las facturas con sus soportes por parte de los proveedores de servicios de salud, hasta la notificación de los valores aprobados para su respectivo pago, así como el proceso de glosas, devoluciones y conciliaciones conforme las políticas de transparencia y confianza entre la EPS y la IPS, y la normatividad actual vigente generada por el Gobierno Nacional para la regulación del Sistema de

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 8 de 33</b>


Seguridad Social en Salud, así como las respectivas modificaciones y reajustes que se emitan durante el desarrollo del proceso, en cumplimiento del artículo 65 de la Ley 1438 de 2011, que establece que las entidades promotoras de salud “deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social”.

### RESPONSABLES

- **Gerencia de monitoreo y evaluación de la calidad:** supervisar el desarrollo de las actividades relacionadas con el proceso de cuentas médicas.
- **Gerencia de prestación de servicios:** responsable del envío de tarifas y modalidades de contratos con la red de servicios, notificación y seguimiento de ejecución del contrato.
- **Líder de cuentas médicas:** Planear, dirigir, controlar y evaluar el desarrollo de las actividades relacionadas con el proceso de cuentas médicas, liderando el cumplimiento de la auditoría médica de acuerdo con la pertinencia y la racionalidad del costo.
- **Líder de Auditoría de Calidad:** Liderar el cumplimiento de las auditorías a nivel nacional relacionadas con la calidad en forma presencial o documental con el fin de evaluar calidad de la atención en salud a fin de garantizar atención en salud con calidad a los afiliados de la EPS Familiar de Colombia.
- **Líder de auditoría de concurrencia:** Vigilar y liderar el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad del costo y seguimiento a auditoría de cuentas médicas.


### DEFINICIONES

- **Monitoreo:** Es el proceso sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al avance de un programa en post de la consecución de sus objetivos,

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 9 de 33</b>


y para guiar las decisiones de gestión.

- **Auditoria:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el alcance en el que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Calidad de la atención de salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Factura:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.
- **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno del ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al ADRES, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.
- **Resumen de atención o epicrisis:** Corresponde al resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicione.
- **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos


 <b>EPS</b> FAMILIAR DE COLOMBIA <i>Junto a ti</i>	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 10 de 33</b>

ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

- **Odontograma:** Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
- **Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de a la factura por presentación de servicios de salud, encontrada por la entidad por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
- **Devolución:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple con los requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.
- **Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable de pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental distrital de salud.
- **Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

 <b>EPS</b> FAMILIAR DE COLOMBIA <i>Junto a ti</i>	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 11 de 33</b>


- **Tarifa:** Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
- **Pertinencia Medica:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren. Continuidad, garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- **Accidente de trabajo:** Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o muerte.
- **Acuerdo de voluntades:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.
- **Clasificación Única de Procedimientos en Salud (C.U.P.S):** Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como el ámbito de realización de los mismos.
- **Código Único Nacional de Medicamentos (C.U.M):** Identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el INVIMA.
- **Contrato:** El contrato es un acuerdo de voluntades, verbal o escrito, manifestado en común entre dos o más, personas con capacidad (partes del contrato), que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca, si el contrato es bilateral, o compelerse una parte a la otra, si el contrato es unilateral. En el objeto del contrato de prestación de servicios, la IPS o institución hospitalaria se compromete a

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 12 de 33</b>

atender a los usuarios afiliados a las EPS y/o a las personas bajo responsabilidad de la EPS, y esta última se obliga a pagar una remuneración por el servicio prestado, según las tarifas acordadas.

- **Manual 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. (Manual Único de Glosas: Resolución 3047 de 2008).<sup>1</sup>
- **Presupuesto Global Prospectivo (PGP):** Consiste en una suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de unos o varios servicios agrupados durante un período de tiempo determinado, actúa como un cupo para el gasto total que limita el valor y los eventos, buscando facilitar el uso eficiente de los recursos y el control de costos en el corto y en el largo plazo.
- **Presupuesto por Actividad Final (PAF):** Consiste en la agrupación de una serie de actividades para lograr un evento final, en este tipo de modalidad también se constituye también en un presupuesto, con la diferencia que se establece un límite superior e inferior de actividades finales y un costo medio estándar (CME).
- **Presupuesto en Bloque (PB):** Consiste en pagar una suma fija al prestador, para garantizar el acceso de la población a su cargo, independiente del volumen de servicios prestados, se utiliza en escenarios con alto volumen de servicios y que son electivos programables, las actividades adicionales se pagan considerando el costo marginal de la atención.
- **Descripción quirúrgica:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes,

<sup>1</sup> Concepto Decreto 4747 de 2007

 <b>EPS</b> FAMILIAR DE COLOMBIA <i>Junto a ti</i>	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 13 de 33</b>

los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.

- **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno del ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados.
- **Enfermedad laboral:** Es enfermedad laboral la contraída como resultado a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinara, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral, conforme a lo establecido en las normas legales vigentes.
- **Entidad responsable del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgo profesionales (actualmente Aseguradoras de Riesgos Laborales. Decreto 1562 de 2013. Nueva Ley de Riesgos Laborales).
- **Historia clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.
- **Pago por capitación:** modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 14 de 33</b>

- **Pago por evento:**<sup>2</sup> modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.
- **Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.
- **Recobro:** Se entiende por recobro el proceso por medio del cual se establece un descuento por el pago de servicios pagado previamente en una modalidad de contratación especial.
- **Respuesta a glosas y devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.
- **Tutela:** La acción de tutela es la garantía que ofrece la Constitución de 1991 del derecho que tienen todas las personas a la protección judicial inmediata de sus derechos fundamentales.

## IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

La EPS Familiar de Colombia cuenta con Macroprocesos asistenciales tales como Gestión de Monitoreo y evaluación del cual dependen la Auditoría de Calidad, Auditoría Concurrente y Auditoría de Cuentas Médicas.

<sup>2</sup> Concepto Decreto 441 de 202

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 15 de 33</b>

Ilustración 1. Mapa de procesos EPS Familiar de Colombia S.A.S.



Fuente: Sistema de Gestión de Calidad EPS Familiar de Colombia S.A.S.

A través del monitoreo y evaluación en la prestación de los servicios de salud brindados por los prestadores de servicios de salud y gestores farmacéuticos que hacen parte de la red de la EPS Familiar de Colombia establece auditoria relacionada con cuentas médicas, calidad y concurrencia ver ilustración seguidas. Ver ilustración seguida.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 16 de 33</b>

Ilustración 2 Conformación Vicepresidencia de Servicios de Salud



Fuente: parte del organigrama general EPS

## AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS


### INDICACIONES PARA LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS

#### Indicaciones para Contratos Capitados:

Con respecto a la facturación de los servicios relacionados con la atención en salud para el caso de contratos por modalidad de capitación se deberán cumplir a cabalidad cada una de las normas generales y específicas previamente anotadas, los requisitos tributarios determinados y actualizados a la Normatividad Vigente y además se tendrán en cuenta algunas indicaciones que atañen exclusivamente a la capitación, las cuales se relacionan a continuación:

La facturación de las cuentas de servicios por capitación debe presentarse por separado, en ninguna circunstancia se deben mezclar el cobro de eventos en la facturación de servicios capitados. Los servicios capitados deben describirse en detallado sobre cada uno de los ítems, con el valor y porcentaje correspondiente a cada servicio contratado y coincidir con el valor total de la capitación.

Se deberá especificar el número de usuarios incluidos en la contratación. Los Prestadores

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 17 de 33</b>

de Servicios de Salud en los cuales aplique la contratación de Promoción y Prevención deberán presentar adjunto a la facturación los consolidados de las actividades de demanda inducida, detección temprana y protección específica establecidos en la norma.

### **Indicaciones para la Facturación de Servicios Contratados por Eventos**

En lo que tiene que ver con la facturación de los servicios relacionados con la atención en salud para el caso de contratos por evento deberán cumplir a cabalidad cada una de las normas generales y específicas previamente anotadas, los requisitos tributarios determinados y actualizados a la Normatividad Vigente y además se tendrán en cuenta algunas indicaciones relacionadas únicamente con la facturación de eventos, las cuales se mencionan a continuación:

1. Cada cuenta por evento debe facturarse de manera independiente, cumpliendo las exigencias relativas a toda cuenta por prestación de servicios de salud y siguiendo los lineamientos tributarios y los descritos en este manual.
2. En ninguna circunstancia se englobarán diversos eventos bajo una sola factura, si se presentase este caso las facturas deben ser devueltas.
3. En la factura se debe determinar de manera perfectamente explícita el concepto del servicio facturado.
4. La facturación de evento debe ser soportada en el 100% de los casos por la autorización de servicios; se exceptúan de esta disposición las facturas correspondientes a servicios de atención inicial de urgencias, en las cuales se soportará el envío del anexo técnico 2 según la Resolución 3047 de 2008, Resolución 2284 de 2023 y un número de verificación de derechos emitido por la EPS
5. Toda cuenta médica debe adjuntar los soportes asistenciales que ratifiquen o confirmen la efectiva prestación del servicio facturado. Tal es el caso de epicrisis, informes quirúrgicos, resultados de paraclínicos, lecturas de imagenología, lectura de

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 18 de 33</b>

electrocardiogramas, hoja de evolución día a día, hojas de administración de drogas, hojas de administración de oxígeno, etc.

6. Cuando se facturen servicios prestados en varias sesiones se debe adjuntar planilla dondese verifique el recibimiento a satisfacción del servicio por parte del usuario o su representante, la cual deberá incluir el número de sesiones, fecha, firma y huella del usuario en cada sesión.
7. Cuando se facturen los servicios de suministro de medicamentos por evento, se deberá anexar a la relación de las fórmulas medicas facturadas, el listado de precios pactados en la contratación de tal manera que permita confrontar la factura con las tarifas pactadas; o en su defecto el elemento de referencia acordado entre las partes y el recibido por parte del usuario.
8. Las cuentas por medicamentos deberán discriminar en la relación cada uno de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, en genéricos con el precio facturado.
9. Las facturas por paquetes quirúrgicos se facturan por usuario.
10. En los casos de hospitalización, para el cobro de material de osteosíntesis, prótesis, ortesis u otros insumos, la IPS presta el servicio a través de cotización previa y posteriormente solicita la autorización para la radicación de la factura. La facturación correspondiente a servicios, medicamentos e insumos No PBS, objeto de cobro directo al Ente Territorial es recibida mas no radicada en el sistema de información de la EPS y enviada a nivel Nacional a la oficina de Operaciones en Salud. En dichas facturas debe consignarse el nombre del afiliado al que se le suministra el servicio no PBS, adjuntando la autorización original expedida por la EPS, la fórmula firmada y sellada por el médico tratante, copia de la tutela, solicitud a través de MIPRES todo lo anterior tanto para el régimen contributivo como subsidiado dichas facturas deben cumplir con las especificaciones establecidas en la Resolución 3047 de 2008 y las demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Una vez se determinen por el Ministerio de Salud y Protección Social, los soportes que de acuerdo con el mecanismo de pago

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 19 de 33</b>

deben allegarse a las facturas por prestación de servicios, los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar únicamente estos soportes a la EPS, no exigiendo estos últimos soportes adicionales.

11. Si la cuenta médica es de pago por capitación, en ella debe realizarse una descripción detallada del valor de la capitación por número de afiliados, el porcentaje correspondiente a los servicios objeto de la capitación, y el valor total de los mismos.
12. La cuenta médica debe ser radicada teniendo en cuenta lo pactado contractualmente.
13. Se debe tener en cuenta que, a partir de la fecha de radicación de la factura, correrán los términos establecidos en la resolución 1438 del 2011 art 57.
14. Cualquier adición, aclaración, modificación o complementación que se realice al Manual se comunicará previamente.

**Listado estándar de soportes de facturas según tipo de servicio por modalidad de pago.**

Se tendrá en consideración lo expuesto en la resolución 2284 de 2023 o cualquier norma de lo adicione, modifique o sustituya.

**MIPRES**

Para todo lo relacionado con MIPRES, se tendrá en cuenta la gestión de verificación de Coordinador MIPRES EPS, realización de auditoría de cuentas MIPRES. Ver ilustración seguida:


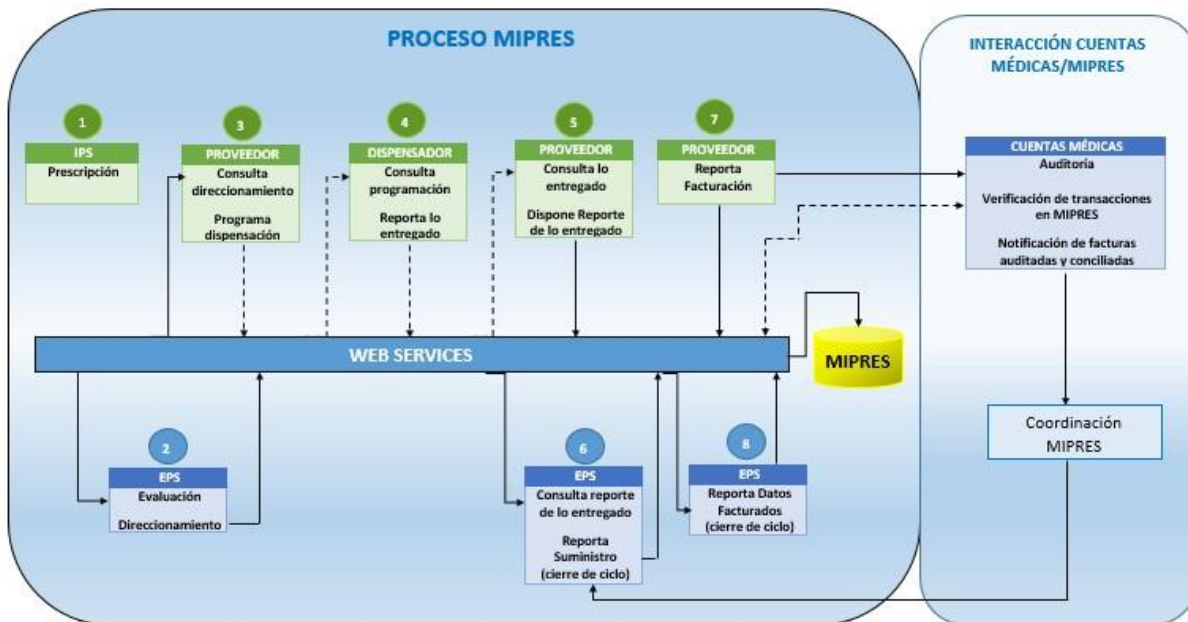
	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Versión: 03</b>
		<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 20 de 33</b>

Ilustración 3. Proceso MIPRES.



Fuente: Equipo de Trabajo EPS Familiar de Colombia S.A.S.

## COBROS POR ACCIDENTES DE TRABAJO

1. Se ingresa el radicado de la factura al sistema para la validación de los datos de la IPS, del usuario y de la factura.
2. Si la cuenta medica tiene auditoria concurrente - reportada por la alerta de la aplicación de cuentas médicas, se debe validar el contenido del informe y aplicar las glosas que correspondan, asociadas a los ítems facturados por el proveedor.
3. Se realiza la auditoria de capitación, capitación P y P, evento, monto fijo, servicios incluidos en paquete de servicios y tecnología.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 21 de 33</b>

4. Se realiza la validación de los ítems a auditar con base en lo estipulado a la norma: autorización, tarifas, soportes clínicos, facturación, cobertura, pertinencia médica y racionalidad.
5. Después de realizar la auditoria se procede a la aplicación de glosas de acuerdo con lo evidenciado en la cuenta médica, teniendo en cuenta la codificación de glosas estipulada en el Manual Único de Glosas.
6. Se finaliza con el visto bueno y grabación de la factura cuando se genere un valor a pagar parcial o total, o de devolución o glosa total cuando no proceda el reconocimiento.

## CONCILIACIÓN DE GLOSA

La Ley 1438 de 2011 en su artículo 57 establece con respecto al reporte y conciliación de glosas lo siguiente: TRÁMITE DE GLOSAS.” Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) 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 la normatividad vigente. 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, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 22 de 33</b>

de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.


De acuerdo con lo anterior el proveedor podrá sustentar las glosas reportadas por el proveedor mediante los mecanismos demostrada en la ilustración seguida:

Ilustración 4. Mecanismo de reporte de glosas.



Fuente: Equipo de Trabajo EPS Familiar de Colombia S.A.S.

De la evaluación de estas se puede realizar levantamiento parcial de glosas por una única vez, ya que la segunda revisión que se haga de las mismas debe ser concluyente cerrando el valor total pendiente por conciliar.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 23 de 33</b>

EPS familiar de Colombia dispondrá tiempo y respuesta de glosas de acuerdo con la normatividad vigente a fin de cumplir con lineamientos impartidos.

## **SERVICIOS QUE EXCEDEN EL CUBRIMIENTO DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

El SOAT es un seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transitan por el territorio colombiano, que ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito, ya sean peatones, pasajeros o conductores.


Todos los hospitales y clínicas, tanto públicas como privadas están obligados a prestar la atención médica en forma integral, desde la atención inicial de urgencias hasta su rehabilitación final, así:

1. Atención de urgencias.
2. Hospitalización.
3. Suministro de material médico, quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
4. Suministro de medicamentos.
5. Tratamiento y procedimientos quirúrgicos.
6. Servicios de diagnóstico.
7. Rehabilitación.

### **Las Coberturas por Amparos del SOAT**

Para los siniestros ocurridos a partir del 10 de enero de 2012, teniendo en cuenta Decreto 019/2012 (Ley Anti trámite), se unificaron los amparos de Indemnización por Muerte y Gastos Funerarios, así:

Establecen en 800 SMDLV para gastos médicos, 180 salarios para gastos de incapacidad, 600 salarios DLV en gastos de muerte, 150 SMDLV para gastos funerarios y 10 salarios mínimos para transporte

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 24 de 33</b>

Esta cobertura se entiende, está disponible y/o aplica para cada una de las víctimas de un evento de Accidente de Tránsito y en caso de existir modificación por la ley colombiana se tendrá en cuenta como punto de partida posterior a su agotamiento para que la EPS pueda cubrir.

En el caso de personas involucradas en accidentes de tránsito que se encuentre afiliadas a las EPS FAMILIAR DE COLOMBIA las atenciones incluidas en paquete de Servicios y Tecnologías en Salud, cuyo monto supere los 800 SMLDV podrán ser cobradas a la EPS respectiva adjuntando la Factura presentada a la Aseguradora del SOAT, con el certificado de agotamiento de cobertura correspondiente a gastos médicos res 2978/11.

### **RECOBRO A ARL**

Con respecto al recobro que pueden realizar las EPS a las Administradoras de Riesgos Laborales por concepto de atenciones de pacientes atendidos y cuyo origen se deriva de un accidente de trabajo o calificado como una enfermedad profesional, la LEY 1562 DE 2012 en su Artículo 24 indica lo siguiente:

Flujo de recursos entre el Sistema de Riesgos Laborales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para garantizar el adecuado y oportuno flujo de recursos entre los Sistemas de Riesgos Laborales y de Seguridad Social en Salud, se aplicarán las siguientes reglas, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 6° del Decreto-ley 1295 de 1994

Las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, pagarán a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, el valor de las prestaciones asistenciales y económicas de eventos calificados en primera oportunidad como de origen laboral incluidas las pagadas dentro de los tres años anteriores a dicha calificación y que hayan sido asumidas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, el reembolso se efectuará dentro de los 30 días calendario posterior a la presentación de la solicitud, siempre que la misma cumpla con los requisitos que señale el reglamento que para el efecto se haya expedido o expida el Ministerio de Salud y Protección

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 25 de 33</b>

Social en coordinación con el Ministerio de Trabajo y sin que se haya formulado objeción o glosa seria y fundada en cuanto al origen atinente a la solicitud de reembolso por parte de la Administradora de Riesgos Laborales, ARL.

En caso de objeción o glosa, esta se definirá por los mecanismos de solución de controversias previstos en las normas legales vigentes y en todo caso, en el evento en que no exista solución por este medio, se procederá a definir el responsable del pago, una vez exista dictamen en firme de la Junta de Calificación de Invalidez respectiva.


Cuando las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, no paguen dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, estando las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, obligadas a hacerlo, o si las glosas formuladas resultan infundadas deberán reconocer intereses de mora a favor de las EPS, desde la fecha de presentación de la solicitud de reembolso, liquidados a la tasa moratoria máxima legal vigente que rige para todas las obligaciones financieras aplicables a la seguridad social.

La EPS deberá compensar de igual manera al prestador del servicio o al proveedor del bien, cuando su pago se haya visto condicionado, sin perjuicio de los derechos legales del condicionamiento.

**PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO EFECTUADA POR LA EPS ANTE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, ARL.**

Se interrumpe la prescripción de la cuenta de cobro, siempre y cuando se reúnan los requisitos que señale el reglamento que se haya expedido o expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo, por lo tanto, Los términos de prescripción continuarán rigiéndose por las normas legalmente vigentes.

El derecho a solicitar reembolsos entre los sistemas de salud y riesgos laborales y viceversa por el costo de las prestaciones en salud derivadas de una enfermedad laboral o de un

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 26 de 33</b>


accidente de trabajo, prescribe en el término de cinco (5) años, a partir de la última de las fechas enunciadas a continuación:

1. La fecha de la calificación en primera oportunidad del origen laboral del evento o de la secuela por parte de la EPS, cuando dicha calificación no sea susceptible de controversia por las administradoras o por el usuario;
2. La fecha de calificación del origen laboral del evento o de la secuela por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, cuando dicha calificación no sea susceptible de recurso ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;
3. La fecha de Calificación del origen laboral del evento o de la secuela por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;
4. La fecha de presentación de la factura de la IPS a la EPS, cumpliendo con los requisitos exigidos.

No obstante, lo anterior, será de tres (3) años la prescripción cuando se trate del pago de subsidios por incapacidad temporal, para lo cual el término se contará desde el momento en que esté en firme el dictamen según lo establecido en el parágrafo 3° del artículo 5° de la presente ley.

### **Recobro a pólizas aseguradoras**

En los casos en los que el usuario tenga una póliza de seguros y pueda ser recobrable el servicio se realiza el trámite ante la entidad prestadora del servicio; un ejemplo de esta actividad puede ser una póliza estudiantil.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 27 de 33</b>

## **AUDITORÍA DE CONCURRENCIA**

A través de ella se evalúa en forma sistemática la integralidad y calidad de la atención médica del afiliado hospitalizado en tiempo real, bajo los principios de pertinencia, oportunidad y racionalidad en el costo de la prestación del servicio.

La EPS realiza a través de su equipo de auditores las visitas a las diferentes IPS de mediana y alta complejidad priorizadas que hacen parte del componente complementario, asistiendo a los diferentes servicios de internación con visitas diarias a los servicios de cuidado críticos Inter diario en días hábiles a los servicios de hospitalización, teniendo en cuenta demanda de servicio, impacto al costo y evaluación de la calidad de la atención brindada.


Para realizar monitoreo y evaluación en la prestación de servicios de salud de los prestadores y gestores farmacéuticos la EPS cuenta con un equipo de Auditores profesionales de la salud médicos, enfermeras especializadas en auditoria salud en las diferentes IPS donde se realizan internación de pacientes para el desarrollo de las auditorias concurrentes según procedimiento de concurrencia debidamente aprobado por calidad EPS. Anexos: Procedimiento de auditoría concurrente.

## **AUDITORÍA DE CALIDAD**

La EPS responsable del aseguramiento en salud de sus afiliados, cuenta con prestadores adscritos a su red debidamente habilitados, motivo por el cual realiza seguimiento de vigencia de habilitación en forma periódica en Registro especial de prestadores de servicios de salud, para garantizar que el afiliado sea atendido en instituciones que cumplan con los requisitos mínimos para operar en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud.

Entre las auditorías realizadas se encuentran:

**Auditoría Integral de Calidad:** Con este tipo de auditoria se pretende evaluar la calidad de los servicios de salud de los prestadores de la red contratada y nuevos prestadores en proceso

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 28 de 33</b>

contractual para garantizar los principios de continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad contemplados en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

Para el seguimiento de Prestadores de servicios de salud (PSS) y gestores farmacéuticos se tendrán en cuenta instrumentos aplicados por la gerencia de monitoreo y evaluación en la prestación de servicios de salud de la red de la EPS.

**Auditoría paciente trazador:** con el desarrollo de este tipo de auditoria la EPS realiza la evaluación la calidad de los servicios de salud de los prestadores de la red mediante el seguimiento del paciente desde su ingreso, durante la estancia, en el proceso de tratamiento y en la orientación del egreso de los afiliados de la EPS Familiar de Colombia S.A.S, lo que permitirá establecer acciones que contribuyan a mejorar la experiencia de la atención y fidelización del afiliado.

**Auditoría seguimiento a planes de mejora:** permite evaluar el grado de avance en la cultura de la mejora continua relacionada con la implementación de actividades descritas en planes de mejora inscrito por las IPS que hacen parte de la red de prestadores de la EPS Familiar de Colombia S.A.S, a fin de que se garantice a los afiliados una atención en salud con calidad.

**Vigilancia de Incidente de Evento adverso:** a través de él la EPS gestiona el ciclo de vigilancia integral (identificación, análisis de causas e intervención) del incidente y/o eventos adversos que se generen en la red de prestadores de servicios de Salud de la EPS Familiar de Colombia S.A.S. con el fin de garantizar una atención en salud con seguridad y calidad de los afiliados de la EPS.

**Seguimiento a Indicadores:** cuyo objetivo es realizar seguimiento al cumplimiento de indicadores de oportunidad y calidad de acuerdo con el objeto contractual y meta normativa a fin de garantizar una adecuada prestación del servicio y un oportuno seguimiento a los estándares de calidad, entre los que se encuentran 1552 de 2013 y 256 de 2016.

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 29 de 33</b>

**Auditoria de historia Clínica y adherencia a GPC:** Este tipo de auditoria permite evaluar la calidad de la atención en salud brindada por las IPS con manejo de patologías en general que hacen parte de la Red de servicios de la EPS Familiar de Colombia S.A.S. para garantizar una atención en salud con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad según guías y protocolos de manejo establecidos.


**Auditoria Seguimiento entrega oportuna de medicamentos:** El seguimiento a la entrega efectiva y oportuna de medicamentos descritos en el plan de beneficios de salud prescritos por la red de prestadores a los afiliados de la EPS Familiar de Colombia S.A.S a fin de que se cumpla con lo establecido en la normatividad vigente. Ver anexo de procedimiento de calidad.

Las auditorias de calidad integral realizadas por el equipo auditor de la gerencia de Monitoreo y evaluación en la prestación de servicios de salud se enfoca en la evaluación de la prestación de servicios de salud realizadas por el 100% de la red contratada con la EPS FAMILIAR DE COLOMBIA, evaluando los criterios descritos en la Resolución 3100 de 2019, validando los estándares de habilitación tales como: talento humano, infraestructura, dotación, procesos prioritarios, entre otras descritos en la presente normativa, promoviendo una mejora continua en la prestación de los servicios hacía los afiliados y beneficiarios, estimulando la autoevaluación hacía la mejora de los procesos garantizando la prestación de los servicios con calidad, eficiencia, seguridad y oportunidad.


## NORMATIVIDAD

Tabla 1. Marco Legal para Radicación.


NORMA	DEFINICIÓN	VIGENCIA
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Rige desde el 23 de

 <b>EPS</b> FAMILIAR DE COLOMBIA <i>Junto a ti</i>	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 30 de 33</b>

		diciembre de 1993
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Rige desde el 09 de enero de 2007
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Rige desde el 19 de enero de 2011
Ley 1581 de 2012	Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.	Rige de 2012
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Rige desde el 16 de febrero de 2015
Decreto 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.	Rige desde el 07 de diciembre de 2007
Decreto 441 de 2022	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud	Rige desde el 01 de mayo de 2007

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, Concurrencia y Calidad</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 31 de 33</b>

Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.	Rige desde el 27 de diciembre 2000
Resolución 951 de 2002	Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.	Rige desde el 18 de julio de 2002
Resolución 3047 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.	Rige desde el 14 de agosto de 2008
Resolución 416 de 2009	Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.	Rige desde el 18 de febrero de 2009
Resolución 2292 de 2015	Por la cual se crea el Comité Técnico de Direccionamiento del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS.	Rige desde el 25 de junio de 2015
Circular 24 de 2015	Actualización de los lineamientos técnicos para el reporte de los RIPS y de sus herramientas técnicas	Rige desde el 09 de junio de 2015
Circular 16 de 2015	Prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos.	Rige desde el 27 de agosto de 2015

	<b>MANUAL DE AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 32 de 33</b>

Acuerdo 260 de 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Rige desde el 27 de febrero de 2015
Resolución 2284 de 2023	Establece los soportes de cobro y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, "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" salud y los proveedores de tecnologías en salud, para la auditoría, reconocimiento y pago de la prestación de servicios en salud o la provisión de tecnologías en salud.	Rige desde el 28 diciembre 2023
Decreto 441 de 2022	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	Rige desde el 28 de marzo de 2022


Fuente: Equipo de Trabajo EPS Familiar de Colombia S.A.S.

## INDICADORES

Verificar esta información en cada procedimiento.

## CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	ITEM	CAMBIO REALIZADO	JUSTIFICACIÓN	FECHA
1	Todos	Elaboración del documento.	Elaboración del documento.	01/04/2022
2	Todos	Modificación general al documento.	Modificación del documento.	15/06/2024

	<b>MANUAL DE AUDITORIA Cuentas Médicas, CONCURRENCIA Y CALIDAD</b>	<b>Código: ACM – MA01</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS</b>	<b>Fecha: 28/08/2024</b>
		<b>Página 33 de 33</b>

3	Todos	Modificaciones generales al documento.	Modificación del documento.	28/08/2024
---	-------	--	-----------------------------	------------