

**ANEXO TÉCNICO No. 6**  
**MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS**  
**UNIFICACION**  
**Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

**DEFINICIONES**

**Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada 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 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 la misma.

**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 del 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 o 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.

**Objetivo**

El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

**Elementos de la codificación**

La codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

<b>General</b>	<b>Específico</b>
<b>6</b>	<b>53</b>

**Tabla No. 1. Codificación Concepto General**

<b>Código</b>	<b>Concepto General</b>	<b>Aplicación</b>
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	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 principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar 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.

**Codificación del concepto específico**

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

**Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico**

<b>Código</b>	<b>Concepto Específico</b>
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido.
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

<b>Código</b>	<b>Concepto Específico</b>
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.
<b>RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION</b>	
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>1</sup>
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

En la Tabla No. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

**Tabla No. 3. Código de Glosa**

<b>General</b>	<b>Especif.</b>	<b>Descripción</b>	
<b>Facturación</b>			
<b>1</b>	01	Estancia	
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas	
	03	Honorarios médicos en procedimientos	
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales	
	05	Derechos de sala	
	06	Materiales	
	07	Medicamentos	
	08	Ayudas diagnósticas	
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	
	10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico	
	11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	
	12	Factura excede topes autorizados	
	13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)	
	14	Error en suma de conceptos facturados	
	15	Datos insuficientes del usuario	
	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	
	17	Usuario retirado o moroso	
	19	Error en descuento pactado	
	20	Recibo de pago compartido	
	22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	
	23	Procedimiento o actividad	
	24	Falta firma del prestador de servicios de salud	
	25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica	
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación	
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro	
	28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	
		51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
		52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
	54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación	
<b>Tarifas</b>			
<b>2</b>	01	Estancia	
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas	
	03	Honorarios médicos en procedimientos	
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales	

<sup>1</sup> Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

<b>General</b>	<b>Especif.</b>	<b>Descripción</b>
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados
<b>Soportes</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	20	Recibo de pago compartido
	30	Autorización de servicios adicional
<b>3</b>	31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
	32	Detalle de cargos
	33	Copia de historia clínica completa
	35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
	36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
	37	Orden o fórmula médica
	38	Hoja de traslado en ambulancia
	39	Comprobante de recibido del usuario
	40	Registro de anestesia
	41	Descripción quirúrgica
	42	Lista de precios
	43	Orden o autorización de servicios vencida
<b>Autorización</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	08	Ayudas diagnósticas
<b>4</b>	23	Procedimiento o actividad
	30	Autorización de servicios adicionales
	38	Traslado en ambulancia
	43	Orden o autorización de servicios vencida
	44	Médico que ordena no adscrito
<b>Coberturas</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	07	Medicamentos
<b>5</b>	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	45	Servicio no pactado
	46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
<b>Pertinencia</b>		
	01	Estancia
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
<b>6</b>	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

<b>General</b>	<b>Especif.</b>	<b>Descripción</b>
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente
<b>Devoluciones</b>		
<b>8</b>	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas )
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
	50	Factura ya cancelada
<b>Respuestas a Glosas o Devoluciones</b>		
<b>9</b>	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>2</sup>
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

## Manual de Uso

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

### 1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

101	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.</li> </ol>
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.</li> <li>3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post-quirúrgicos.</li> <li>4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes.</li> <li>5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en</li> </ol>

<sup>2</sup> Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

		consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
103	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
104	Honorarios de otros Profesionales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
105	Derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
106	Materiales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
107	Medicamentos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
108	Ayudas diagnósticas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.</li> </ol>
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.</p>
110	Servicio o insumo incluido en paquete	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado</p>

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado.</li> <li>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.</li> </ol>
112	Factura excede topes autorizados	<p>Aplica cuando:</p> <p>La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.</p>
113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas)	<p>Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.</p>
114	Error en suma de conceptos facturados	<p>Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.</p>
115	Datos insuficientes del usuario	<p>Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.</p>
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	<p>Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios.</li> </ol> <p>NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.</p>
117	Usuario retirado o moroso	<p>Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago.</p> <p>Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.</p> <p>No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.</p>
119	Error en descuento pactado	<p>Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.</p>
120	Recibo de pago compartido	<p>Aplica cuando</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados.</li> <li>2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.</li> </ol>
122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	<p>Aplica cuando</p> <p>El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.</p>
123	Procedimiento o actividad	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> </ol>



**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

		De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutivez y oportunidad.	Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.
<b>2. Tarifas</b>		
Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.		
201	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
202	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
229	Recargos no pactados	Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.
<b>3. Soportes</b>		
Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.		
301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
302	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
304	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
307	Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

308	Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
333	Copia de historia clínica completa	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	Formato ATEP	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	Orden o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de anestesia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

342	Lista de precios	<p>Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura.</p> <p>No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información</p>
-----	------------------	---

**4. Autorizaciones**

Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

401	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados.</li> <li>2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.</li> </ol>
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución.</p> <p>No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.</p>
438	Traslado	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades.</li> <li>4. No aplica en caso de traslados de urgencias.</li> </ol>
443	Orden o autorización de servicios vencida	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia.</li> <li>2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.</li> </ol>
444	Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

**5. Cobertura**

Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando
-----	----------	---

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

		adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT)	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

**6. Pertinencia**

Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
605	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

608	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

**8. Devoluciones**

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.

816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del 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 o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
849	Factura no cumple	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.

**Continuación ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS - Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

	requisitos legales	
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

**9. Respuestas a glosas y devoluciones**

Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar 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

996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente..