

PROCESO DE CALIFICACIÓN Y
GRADUACIÓN DE ACRENCIAS

CAUSALES DE RECHAZO

COORDINACIÓN JURÍDICA - OFICINA DE
ACRENCIAS

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
Generales	1.1	FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA: No se acreditó la calidad en que actúa, entre otras: <ul style="list-style-type: none"> • No presentó documento de identidad o certificado de existencia y representación legal • No acreditó calidad de heredero, mandatario, curador de bienes, cesionario, tenedor o poseedor de los bienes cuya devolución se solicita, administrador de comunidad o albacea. • Con referencia a los curadores o guardadores, no se aportó copia autentica de la sentencia judicial, del acta de posesión y del acta de discernimiento del cargo. 	Artículo 53 del Código General del Proceso y demás normas concordantes.
	1.2	FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA DE LA LIQUIDACION: No se evidencia relación por la cual se pueda atribuir la condición de activa o pasiva a la liquidación.	Artículo 53 del Código General del Proceso y demás normas concordantes
	1.3	NO ACREDITÓ CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN Y/O PROPIEDAD: No se presentó el documento vigente y original que acredita la existencia y Representación de la persona jurídica, o no se allegó certificación original sobre la calidad de propietario del establecimiento de comercio por parte del reclamante.	Artículo 633 y 639 del Código Civil, Artículo 85 del Código General del Proceso, Artículo 117 Código de Comercio
	1.4	NO RATIFICÓ CALIDAD DE AGENTE OFICIOSO: No cumplió con los requisitos legales exigidos para obrar como agente oficioso la persona que dice actuar como tal, no cumplió con los requisitos legales para actuar en dicha calidad, y su reclamación no fue ratificada en los términos legales.	Artículo 2304-2307 Código Civil, Artículo 77 de la Ley 1437 de 2011.
	1.5	NO SE ACREDITÓ LA CALIDAD DE APODERADO: No se acompañó el original del poder para actuar dentro del presente proceso de liquidación o, en su caso, la certificación notarial de vigencia del poder y, en general, cuando no se acreditó la calidad de apoderado para obrar en el presente proceso. En los poderes especiales, el poder no se dirigió a la liquidación, no cuenta con nota de presentación personal, fue otorgado para un fin diferente, presenta inconsistencias en su contenido y/o en la fecha de presentación personal. Así mismo, se rechazan las reclamaciones presentadas por mandatarios que aducen actuar en calidad de abogados titulados y en ejercicio, en los que se determinó que están excluidos o suspendidos del ejercicio de la profesión o que carecen del título que aducen tener u ostentar.	Artículo 73, 74, 75 y 77 del Código General del Proceso. Artículo 2142 del Código Civil. Sección Segunda Título Único Capítulo IV del Código General del Proceso.
	1.6	CUANTÍA Y/O CONCEPTO INDETERMINADO: El contenido de la reclamación no permite determinar la cuantía de la acreencia reclamada y/o el tipo de graduación y clasificación, ni el objeto de la misma, ni el proceso judicial que dice solicitar.	Decreto 2555 de 2010
	1.7	MÁS DE UNA RECLAMACIÓN: Se rechaza por cuanto se presentó más de una reclamación por el mismo concepto, sin perjuicio que una de ellas sea rechazada por otras causales o aprobada si	

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
		resultare procedente. Cuando se advierta la presentación de varias reclamaciones sobre el mismo objeto, el Liquidador procederá a unificarlas a efectos de realizar pronunciamiento unificado sobre la misma.	
	1.8	DESISTIMIENTO: El reclamante desistió de la reclamación presentada, mediante solicitud formulada por escrito a la entidad en liquidación.	Artículo 314 del Código General del Proceso
	1.9	SIMULTANEIDAD DE APODERADOS PARA UNA MISMA RECLAMACIÓN: El reclamante confiere poder de reclamación a dos o más abogados en ejercicio, para que lo represente respecto de una misma obligación.	Artículo 75 del código General del proceso. Sentencia C - 994 de 2006 corte constitucional.
	1.10	GASTOS DE ADMINISTRACIÓN: Se rechaza por tratarse de una reclamación que por su naturaleza y/o fecha de causación debe tomarse como un gasto propio de la liquidación (Gasto Administración). Dentro de esta categoría quedaran comprendidas, acreencias tales como: los tributos sobre inmuebles o muebles de propiedad de la entidad o el cobro de servicios públicos domiciliarios y cuotas de administración correspondientes a inmuebles sometidos al régimen de propiedad horizontal, atendiendo a que en estos casos es necesario adelantar las acciones tendientes a la conservación de los activos de la entidad en liquidación para proceder a su realización pronta y oportuna.	Decreto 2555 de 2010 Artículo 9.1.3.5.2 y concordantes.
	1.11	SOPORTES INSUFICIENTES: Con base en los soportes allegados no es posible reconocer la obligación reclamada. En lo que corresponde a la aceptación de las reclamaciones presentadas por personas naturales o jurídicas que prestaban algún servicio o suministraban bienes a la entidad en liquidación, se debió aportar copia del contrato u orden de servicio, según fuera el caso. Todo lo anterior, sin perjuicio del análisis de los soportes documentales que puedan reposar en la entidad en liquidación.	Artículo 167 del Código General del Proceso, Resolución 3047 de 2008 y sus anexos aplicables, Decreto 4747 de 2007, Resolución 4331 de 2012.
	1.12	CARENCIA DE REQUISITOS ESENCIALES EN EL SOPORTE: El documento soporte de la reclamación, carece de los requisitos esenciales que permitan establecer la existencia del crédito reclamado, de conformidad con la normativa vigente.	Artículo 167 del Código General del proceso, Artículo 1494 del Código civil.
	1.13	FALTA DE PRUEBA DEL CRÉDITO: El reclamante no presentó prueba siquiera sumaria del crédito, de conformidad con lo exigido por las normas que regulan los proceso liquidatorios.	Artículo 9.1.3.2.1 Decreto 2555 de 2010 - Decreto 663 de 1993, Artículo 167 del Código General del Proceso y artículo 1757 Código Civil.
	1.14	OBLIGACIÓN INEXISTENTE: Una vez revisados los soportes aportados por el reclamante y los documentos que se encuentran en los archivos de la entidad, se establece claramente la inexistencia de la obligación reclamada a la entidad en liquidación.	Artículo 1494, 1757 Código Civil – Artículo 772 y 864 Código de Comercio – Resolución 3047 de 2008 y anexos del Ministerio de Salud. Ley 1231 de 2008.

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	1.15	OBLIGACIÓN EXTINTA POR PAGO: La obligación reclamada se extinguió por pago, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la liquidación.	Artículo 1625 del Código Civil Libro Cuarto, Título XIV, Capítulos I al X del Código Civil
	1.16	OBLIGACIÓN EXTINTA POR TRANSACCIÓN: La obligación reclamada se extinguió por transacción, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la liquidación.	Artículo 1625, Artículo 2469 y siguientes del Código Civil. Fallo 21080 de 2012 Consejo de Estado. Artículo 312 Código General del Proceso.
	1.17	OBLIGACIÓN EXTINTA POR CONFUSIÓN: La obligación reclamada se extinguió por confusión, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la liquidación.	Artículo 1625 del Código Civil Título XVIII, artículo 1724 y siguientes del Código Civil
	1.18	OBLIGACIÓN EXTINTA POR NOVACIÓN: La obligación objeto de reclamación se extinguió por novación, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la liquidación.	Artículo 1625 del Código Civil Título XV, artículo 1687 Código Civil
	1.19	OBLIGACIÓN EXTINTA POR REMISIÓN: La obligación objeto de reclamación se extinguió por remisión, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la liquidación.	Artículo 1625 del Código Civil Título XV, artículo 1711-1713 Código Civil
	1.20	OBLIGACIÓN EXTINTA POR PÉRDIDA DE LA COSA QUE SE DEBE: La obligación fue extinguida por pérdida de la cosa que se debe, sufriendo dicha pérdida el acreedor de acuerdo con la ley, o lo efectivamente pactado en el contrato o convención.	Artículo 1729 y ss. del Código Civil
	1.21	OBLIGACIÓN EXTINTA POR DECLARACIÓN DE NULIDAD O RESCISIÓN: La obligación objeto de reclamación se extinguió por declaración de nulidad o por rescisión del acto jurídico, emanada de la autoridad competente, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la liquidación.	Artículo 1625 del Código Civil Título XX, artículo 1740 y siguientes del Código Civil
	1.22	OBLIGACIÓN EXTINTA POR CUMPLIMIENTO DE CONDICIÓN RESOLUTORIA: La obligación reclamada se extinguió por cumplimiento de la condición resolutoria a que estaba sujeta antes de la orden de liquidación de entidad en liquidación, según lo acreditan los soportes obrantes en los registros de la misma entidad.	Artículo 1625 del Código Civil
	1.23	INCUMPLIMIENTO DE LA CONDICIÓN: La imposibilidad de cumplir la obligación condicionada y/o a plazo por cuanto la obligación generadora o principal se encuentra prescrita.	Artículo 1530, 1551, 2535 Código Civil - Artículo 789 Código de Comercio.
	1.24	FALTA DE COMPETENCIA: Falta de competencia del Liquidador para reconocer la pretensión reclamada.	Artículo 295 numeral 9 Decreto 663 de 1993 Decreto 2555 de 2010 Parte 9.

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	1.25	INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES POR PARTE DEL RECLAMANTE: El reclamante incumplió las obligaciones a su cargo, necesarias para exigir el cumplimiento por parte de la entidad en liquidación, lo cual constituye la excepción de contrato no cumplido.	Artículos 1602 y 1609 Código Civil, Resolución 3047 de 2008 y sus anexos aplicables, Decreto 4747 de 2007, Resolución 4331 de 2012
	1.26	PRESCRIPCIÓN: El derecho reclamado se extinguió por prescripción, por no haberse exigido su cumplimiento en el plazo que establece la ley aplicable	Artículo 1527, 1530, 1551, 1625, 2535 y 2545 numeral 10 del Código Civil, Artículo 789 Código de Comercio.
	1.27	CADUCIDAD: No se ejercieron las acciones correspondientes en la oportunidad legal, razón por la cual se materializó el fenómeno de la caducidad	Artículo 789 Código de Comercio.
	1.28	TÍTULO EJECUTIVO SIN FORMALIDADES LEGALES: El título ejecutivo base de la reclamación no reúne todos los requisitos exigidos por el Código General del Proceso o normas aplicables para tener dicha calidad. Si la reclamación se basa en el cobro de un título valor, el mismo no cumple con los requisitos de la ley comercial y demás normas concordantes.	Artículo 620 y 621 del Código de Comercio. Artículo 422 del Código General del Proceso. Ley 1231 de 2008. Ley 1231 de 2008. Artículo 617 del Estatuto Tributario
	1.29	APORTE DE TITULO ORIGINAL: El reclamante no aportó el original del título base de la reclamación.	Artículo 9.1.3.2.1 del Decreto 2555 de 2010, Artículo 114 del Código General del Proceso.
	1.30	NO PRESTA MÉRITO EJECUTIVO: La sentencia, laudo arbitral, acta de conciliación o auto interlocutorio allegado no tiene la constancia expedida por autoridad competente de que presta mérito ejecutivo o el documento aportado no es claro, expreso y actualmente exigible.	Artículo 469 del Código General del proceso, Artículo 297 Ley 1437 de 2011.
	1.31	SIN CONSTANCIA DE EJECUTORIA: No se aportó constancia de la ejecutoria del auto interlocutorio o sentencia para que produzca efectos jurídicos.	Artículo 114 numeral 2 del Código General del Proceso
	1.32	BIENES EXCLUIDOS DE LA MASA: No formaran parte de la masa de liquidación los bienes de que trate el artículo 229 del Decreto Ley 663 de 1993 adicionado por el artículo 61 de la Ley 795 de 2003 y el artículo 26 e la Ley 510 de 1990 en concordancia con el artículo 9.1.9.3.2.4 del Decreto 2555 de 2010, así como los recursos del sistema de seguridad social en salud.	Decreto 2555 de 2010, Ley 100 de 1993 artículo 9 y artículo 229 del Decreto Ley 663 de 1993
	1.33	FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS: La factura o cuenta de cobro que se acompaña como soporte de la reclamación presenta enmendaduras o tachones, o no llena los requisitos señalados en la ley, especialmente en lo previsto el Código de Comercio y la Ley 1231 de 2008 y demás normas concordantes, o por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN.	Ley 1231 de 2008, Resolución 3047 de 2008 y sus anexos aplicables, Decreto 4747 de 2007, Resolución 4331 de 2012, Artículo 772 y siguientes del Código de Comercio y Estatuto Tributario Artículo 617.

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	1.34	COBRO INTERESES: Los intereses no serán calculados ni reconocidos en la calificación inicial de las obligaciones hasta tanto la liquidación no cancele el capital principal adeudado y reconocido a todos los acreedores, oportunos y extemporáneos, de acuerdo a la prelación de créditos, y se cuente con los recursos para el pago de los intereses reclamados. En procesos de liquidación la sanción moratoria en materia laboral no será reconocida salvo que medie providencia judicial.	Artículo 9.1.3.2.8 del Decreto 2555 de 2010. Artículo 64 del Código Civil.
	1.35	FALTA DE COMPETENCIA DE CRUZ BLANCA EPS S.A EN LIQUIDACIÓN: La reclamación presentada no es competencia de CRUZ BLANCA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN.	Inexistencia de la obligación y cobro de lo no debido. Artículo 1464 y 1757 del Código Civil.
	1.36	MAYOR VALOR COBRADO: Mayor valor cobrado respecto del contrato, la orden de servicio o soporte origen de la obligación.	Artículo 1627 del Código Civil. Cobro de lo no debido.
	1.37	DUDA SOBRE LA PROCEDENCIA O VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN: Se rechaza la reclamación dado que genera duda al Liquidador sobre su procedencia o validez.	Decreto 2555 de 2010 Parágrafo del artículo 9.1.3.2.4
	1.38	OBLIGACIONES CAUSADAS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DEL PROCESO LIQUIDATORIO	Resolución 7172 de 2019
	1.39	CUOTAS PARTES PENSIONALES: La reclamación fue presentada sin cumplir con el lleno de los requisitos taxativos de la Circular conjunta N°. 069 del 4 de noviembre de 2008.	Circular Conjunta N°. 069 del 4 de noviembre de 2008.
	1.40	CONTRATO SIN LAS FORMALIDADES LEGALES: La reclamación presentada se refiere a servicios prestados o bienes suministrados o entregados, sin que previamente se hubiese suscrito un contrato, convenio u orden con la entidad, o a pesar de ello, éstos no cumplieron ni previa ni posteriormente con los requisitos esenciales, formales, sustanciales, de ejecución o perfeccionamiento, como lo son, entre otros, el registro presupuestal o la aprobación de las garantías, informe de supervisión, siendo improcedente su reconocimiento por constituir hechos cumplidos.	Artículo 824 del Código de Comercio, Artículo 1494, 1496 y 1502 del Código Civil.
	1.41	La prestación del servicio se ejecutó por fuera del plazo establecido en el contrato	Contractual
Pagos	2.1	La factura reclamada se encuentra totalmente pagada por parte de la entidad, soportada por un egreso que certifica el desembolso real del dinero.	Ley 1231 de 2008; Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación.
	2.2	La factura reclamada se encuentra parcialmente pagada por parte de la entidad, soportada por un egreso que certifica el desembolso real del dinero.	Ley 1231 de 2008; Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación.
	2.3	La factura reclamada presenta deducciones por conceptos de retenciones (Retención en la fuente, IVA, ICA).	Ley 1231 de 2008 Artículo 617 y 771 – 2 del Estatuto Tributario. Artículo 774 del Código de Comercio.

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	2.4	La factura reclamada presenta un anticipo	Ley 1231 de 2008, Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación. Artículo 774 del Código de Comercio.
	2.5	La factura reclamada presenta notas débito o crédito las cuales disminuyen el valor reclamado.	Ley 1231 de 2008; Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación. Artículo 774 del Código de Comercio.
	2.6	La factura reclamada se encuentra incluida dentro de los documentos de Resolución de pagos, y avales, o embargos efectivos realizados.	Ley 1231 de 2008; Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación. Artículo 774 del Código de Comercio.
	2.7	Corresponde a anticipos globales realizados al proveedor, que se deben disminuir del valor reconocido, ya que no se sabe a cuál factura afecta.	Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación. Artículo 774 del Código de Comercio.
	2.8	El reclamante posee anticipo global el cual debe ser descontado de su valor a reconocer, o de las facturas las cuales hacen parte del contrato pago.	Artículo 1625 y 1626 Código Civil. El pago como modo de extinguir la obligación. Artículo 774 y 864 del Código de Comercio.
	2.9	La factura reclamada presenta pagos sin situación de fondos.	
	2.10	La factura reclamada presenta cruces de cuentas y cesiones de crédito.	
Laboral	3.1	FALTA DE COMPETENCIA: El Liquidador carece de competencia para determinar el vínculo jurídico existente entre las partes.	
	3.2	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: No es procedente el reconocimiento de derechos laborales, por cuanto el reclamante presenta como prueba un contrato de prestación de servicios. No es procedente el reconocimiento de derechos laborales en tanto que el vínculo del reclamante con la entidad no es laboral	La fuente de la obligación no emana de un contrato de trabajo, el cual es definido por el artículo 22 del Código Sustantivo del Trabajo como "Contrato de trabajo es aquel por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
			persona, natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración”.
	3.3	PRESCRIPCIÓN: La reclamación de vacaciones, dotaciones, prestaciones sociales y demás reclamaciones laborales no es sujeto de este proceso, al mediar más de tres (3) años entre el hecho generador y la apertura del proceso liquidatorio.	CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO. Artículo 488. REGLA GENERAL. las acciones correspondientes a los derechos regulados en este código prescriben en tres (3) años, que se cuentan desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible, salvo en los casos de prescripciones especiales establecidas en el Código Procesal del Trabajo o en el presente estatuto.
	3.4	ACREENCIA LABORAL CONCILIADA O TRANSADA: Se rechaza por cuanto la totalidad de la reclamación ya fue conciliada o transada ante autoridad competente, e hizo tránsito a cosa juzgada. Además, en esa oportunidad el reclamante declaró a paz y salvo a la entidad hoy en liquidación por concepto de salarios, prestaciones sociales de toda índole, indemnizaciones y descansos.	Artículo 1625 del Código Civil, Artículo 332 del Código de Procedimiento Civil, Artículo 1 parágrafo 1, 43 Ley 640 de 2001, Artículo 303 del Código General del Proceso.
	3.5	TERMINACIÓN LEGAL DEL VÍNCULO LABORAL: Se rechaza por cuanto el contrato de trabajo se terminó en forma legal, cancelándose en su oportunidad todas las obligaciones derivadas del mismo.	Artículo 295 literal m, Decreto 663 de 1993 Artículo 61 y 64, Código Sustantivo del Trabajo.
	3.6	IMPOSIBILIDAD MATERIAL DE RECONOCER LA ACREENCIA: Actualmente no existe un bien o servicio con las condiciones generales del mercado que respondan a los requerimientos de la reclamación.	
	3.7	DERECHO AMPARADO POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL: La reclamación recae sobre un servicio asumido por el sistema actual de seguridad social.	
	3.8	NO ES UNA ACREENCIA LABORAL: No genera una obligación específica con el trabajador.	
	3.9	IMPOSIBILIDAD JURÍDICA PARA RECONOCER LA ACREENCIA: La condición jurídica actual del empleador impide el reconocimiento del derecho.	

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
Licencias e Incapacidades	3.10	Incapacidad cuyo valor es superior al 66,67% del IBC para el período comprendido entre el día 3 o 4 (según sea el caso) y el día 90 de la incapacidad.	
	3.11	Incapacidad cuyo valor es superior al 50 % del IBC para el período comprendido entre el día 91 y el día 180 de la incapacidad.	
	3.12	Empleador o Independiente en mora durante la incapacidad.	Decreto 1804 de 1999 artículo 21 y Decreto 1670 de 2007
	3.13	Profesional no autorizado para expedir incapacidades	Ley 100 de 1993 Artículo 206: Incapacidades
	3.14	Conducta abusiva o de mala fe, Art 51 ley 23 de 1981	Artículo 51 Ley 23 de 1981
	3.15	Licencia de Paternidad no cumple periodos mínimos de cotización.	Decreto 780 de 2016
	3.16	Mora en aportes, Decreto 806 de 1998 Art 8-80, Decreto 1804 de 1999 Art. 21	Artículo 8 Decreto 806 de 1998 Modificado por el Decreto 3615 de 2005. Artículo 21 Decreto 1804 de 1999, Decreto 1670 de 2007.
	3.17	Ausencia de documentos legales que convaliden el derecho a la licencia o incapacidad (registro civil de nacimiento, original o copia certificado, acta de adopción)	
	3.18	Requiere historia clínica que soporte la atención	
	3.19	Prescripción incapacidad o licencia (prescripción de 3 años de las prestaciones económicas)	Artículo 28 de la Ley 1438 de 2011. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas.
	3.20	Licencia de maternidad no cumple periodos mínimos de cotización	Decreto 047 de 2000 Artículo 3º-Periodos mínimos de cotización
	3.21	Licencia de Paternidad-solicitud perdió vigencia de 30 días Hábiles	Artículo 1 Ley 755 de 2002 Modificase el párrafo del artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo
	3.22	Sin aportes durante los días de incapacidad, Decreto 1406 de 1999 Art. 40, Decreto 1804 de 1999 Art.21	Artículo 40 Decreto 1406 de 1999 Artículo 40. Ingreso Base de Cotización durante las incapacidades o la licencia de maternidad

CAUSALES DE RECHAZO		
CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
3.23	Incapacidad inicial menor a dos o a tres días según sea el caso.	Decreto 2943 del 17 de diciembre de 2013: Artículo 1. Modificar el párrafo 1 del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999
3.24	No realizó aportes en las 4 semanas anteriores, Decreto 783 del 2000 Art. 9, Decreto 047 de 2000 Numeral 3.	Artículo 9° Decreto 783 de 2000. El numeral 1 del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, Decreto 780 y 2353
3.25	Afiliado Pensionado, Circular Externa 011/95 Decreto 806/98 art. 28.	Circular externa 011 de 1005 (...) Para los pensionados, la base de cotización es la mesada pensional.
3.26	Accidente de trabajo o Enfermedad profesional, prestación económica a cargo de la ARL Ley 100 de 1993, Decreto 1295 de 1994 y Ley de Riesgos Laborales 1562 de 2013.	Artículo 8 Ley 100 de 1993 Artículo 8°. Riesgos Profesionales. Decreto 1295 de 1994 y Ley de Riesgos Laborales 1562 de 2013.
3.27	Aportes anteriores Extemporáneos, Decreto 1804 de 1999 Art 21.	Decreto 1804 de 1999 Artículo 21. Reconocimiento y pago de licencias.
3.28	Incapacidad mayor a 180 días, prórroga a cargo de la AFP, Decreto 1849 de 1969, Artículo 27, Decreto 1848 de 1969, Artículo 60, Decreto 2463 de 2001, Artículo 63, Decreto 019 de 2012, Artículo 142.	Artículo 27 Decreto 1849 de 1969 (...) Art. 27.- Prestación en los casos de incapacidad permanente total.
3.29	TRABAJADOR ACTIVO: Se evidencia que el reclamante se encuentra activo en planta, razón por la cual el pago de sus prestaciones sociales legales y extralegales solo será efectivo al momento de la terminación de su vínculo laboral y se consideran como gastos de la administración.	
3.30	NO AFILIACION DEL RECLAMANTE: el reclamante no se encuentra afiliado a la EPS o al régimen contributivo.	
3.31	Se evidencia que el reclamante es beneficiario y no cotizante	
3.32	Incapacidad no transcrita dentro de los términos establecidos	Ley 1438 de 2011
3.33	Presunta alteración en el certificado de la incapacidad o licencia	Decreto 1333 de 2018 art. 2.2.3.4.1
3.34	Expedición de incapacidad retroactiva	Concepto Ministerio 201611601257471
3.35	Expedición de incapacidad por medico particular	*Ley 100 de 1993 artículo. 206.-del Art. 157 Literal a

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	3.36	Incapacidad expedida por medicina legal	Corte constitucional en sentencia T388-2002 SU 480 de 1997
	3.37	Independientes que pago aportes solo salud con incapacidades superiores a 180 días	
	3.38	La fecha de inicio de la incapacidad es posterior a la expedición de la misma, sin que de la revisión de los documentos aportados por el reclamante o de la revisión de los archivos de la entidad, se evidencie que se trata de una prórroga.	
	3.39	Falta de legitimación para reclamar por ostentar la calidad de empleado. De conformidad con lo establecido en el artículo 121 del Decreto 19 de 2012, el trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad debe adelantarse directamente por el emperador ante la EPS.	Artículo 121 del Decreto 19 de 2012
	3.40	El beneficiario de la incapacidad no ostenta la calidad de empleado de la empresa reclamante.	
Reembolsos médicos	3.41	EXTEMPORANEIDAD: la solicitud de reembolso deberá hacerse en los 15 días siguientes a la alta del paciente	Resolución 5261 de 1994 artículo 14
	3.42	Profesional no registrado en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud – RETHUS.	Ley 1164 de 2007
	3.43	No aporta documentos mínimos requeridos en la Resolución en la resolución 5261 de 1994 artículo 14.	
	3.44	Mayor valor cobrado respecto de las tarifas establecidas por el Ministerio de Salud para el sector público.	Resolución 5261 de 1994 artículo 14
	3.45	Incapacidad generada por tratamientos o intervenciones estéticas.	
	3.46	No evidencia la realización del trámite administrativo por parte del reclamante	Resolución 5261 de 1994 artículo 14
Aportes	4.1	No presenta certificación de mora o constancia de paz y salvo de la EPS a la que el aportante debía girar los aportes y/o certificado de aportes de la misma.	
	4.2	Aporte ya devuelto por Decreto 2280 de 2004.	Artículo 14 Decreto 2280 de 2004
	4.3	Aporte ya devuelto por Decreto 4023 de 2011, Anexo 2.6	Artículo 12 Decreto 4023 de 2011
	4.4	Aporte devuelto por reclasificación de saldos Decreto 4023 de 2011	Decreto 4023 de 2011
	4.5	Aporte no registra en base de datos	
	4.6	No aplica reclamación por otras administradoras (ARL, CCF Y AFP)	

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	4.7	Periodo ya prescrito	Artículo 12 Decreto 4023 de 2011
	4.8	No aplica devolución por fecha de inicio contrato de prestación de servicios	
	4.9	No aplica devolución por aportes retroactivos (resoluciones pensionales), concepto 6330 Parágrafo del Art 65 del Decreto 806 de 1998	Decreto 806 de 1998 Artículo 65
	4.10	No aplica reclamación por afiliación vigente	
	4.11	Pago ya realizado	
Fiscales	5.1	No procede la devolución de gravamen reclamado y por ende debe reclamarle a la Autoridad Administrativa correspondiente.	Inexistencia de la obligación y cobro de lo no debido. Artículo 1634 y 1757 (Carga de la Prueba) del Código Civil.
	5.2	La liquidación no es sujeto pasivo del impuesto, tasa o contribución cobrada.	Inexistencia de la obligación y cobro de lo no debido. Artículo 1634 y 1757 del Código Civil. Artículos 15 y 19 del Estatuto Tributario (Decreto 624 de 1989
	5.3	El impuesto cobrado se encuentra cancelado.	Artículo 1625: MODOS DE EXTINCIÓN. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula. Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte: 1o.) Por la solución o pago efectivo. Artículo 1626: DEFINICIÓN DE PAGO El pago efectivo es la prestación de lo que se debe.
	5.4	No se encontró evidencia de la totalidad de los pagos del impuesto del contrato.	Artículo 9.1.3.2.4 Pasivo a cargo de la entidad en liquidación. Para la determinación de las sumas a cargo de la entidad en liquidación se tendrá en cuenta lo siguiente: Parágrafo. Si el liquidador dudare de la procedencia o validez de

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
			cualquier reclamación prevista en el presente Libro, la rechazará.
Jurídico	6.1	OBLIGACIÓN LITIGIOSA: Se rechaza por cuanto en la actualidad se adelanta proceso judicial en contra de CRUZ BLANCA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN, por lo cual dicha acreencia se encuentra sujeta a la decisión que se profiera dentro del mismo. Dentro de esta causal se encuentran comprendidos todos los procesos judiciales y debe esperarse el resultado del mismo.	Artículo 77 numeral 6 y Artículo 85 del código de procedimiento civil. Artículo 9.1.3.5.10 Decreto 2555 de 2010.
	6.2	FALTA DE CAPACIDAD PARA OBRAR: Falta de capacidad para suscribir acuerdos de voluntades cuyos valores y obligaciones se reclamen.	Artículo 1502 del Código Civil. Artículo 196 del Código de Comercio
	6.3	CRÉDITO DOBLEMENTE RECLAMADO Crédito doblemente reclamado (reclama títulos y actos jurídicos diversos).	Inexistencia de la obligación y cobro de lo no debido. Artículo 1464 y 1757 del Código Civil.
	6.4	No se acumuló el proceso ejecutivo o coactivo al proceso liquidatorio.	No se aportó por parte de juez o reclamante el proceso ejecutivo o coactivo reclamado.
	6.6	PROVIDENCIAS NO EJECUTORIADAS: No se establece la firmeza de una decisión judicial por agotamiento de instancias o por ausencia de constancia de ejecutoria de la sentencia o auto por parte del juzgado	Código de Procedimiento Civil Artículo 115. Código General del Proceso Artículo 114 numeral 2 y 305.
	6.7	ACTOS DE LA ADMINISTRACIÓN SIN REQUISITOS DE LEY: Actos administrativos sin cumplir con los requisitos de ley.	Ley 1437 de 2011. Artículo 91, 99
	6.8	TRANSACCIONES, CONCILIACIONES Y LAUDOS ARBITRALES, SIN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE LEY: Transacciones, conciliaciones y laudos arbitrales, sin cumplir con los requisitos de ley y esenciales: partes, objeto, obligaciones, etc.	Ley 640 de 2001. Artículo 1º. Artículo 69 Ley 1563 de 2012
	6.9	EL CONTRATO, ACUERDO O TRANSACCIÓN SIN REQUISITOS: El contrato, acuerdo o transacción no reúne los requisitos establecidos en el artículo 2469 y siguientes del Código Civil Colombiano.	Artículo 1757 y 2469 y subsiguientes del Código Civil.
	6.10	SIN REQUISITOS DE LA CESIÓN: No cumplimiento requisitos legales de la cesión.	Artículo 1959 del Código Civil.
	6.13	PROCESO EJECUTIVO ACUMULADO EN EL CUAL CRU BLANCA E.P.S. S.A. ES LA PARTE DEMANDANTE: Los procesos ejecutivos que adelante CRUZ BLANCA E.P.S. S.A. en Liquidación en contra de terceros no son objeto de acumulación al proceso liquidatorio, razón por la cual se trasladarán al Juzgado de origen para que continúe con su adelantamiento.	

CAUSALES DE RECHAZO			
	CODIGO	DETALLE	MARCO NORMATIVO
	6.14	PROCESO EJECUTIVO INCOMPLETO: El proceso ejecutivo remitido por la autoridad judicial para acumularse al proceso liquidatorio se encuentra incompleto, esto es, no contiene la totalidad de las piezas procesales, específicamente, el título ejecutivo que es objeto de cobro.	
	6.15	LA ACTUACIÓN DEL PROCESO EJECUTIVO ES POSTERIOR AL 5 DE AGOSTO DE 2019: La actuación en desarrollo del proceso ejecutivo acumulado al proceso liquidatorio, es posterior al 5 de AGOSTO de 2019 fecha de liquidación de la entidad y dado que de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 7172 del 22 de julio de 2019 y normas concordantes, el juez de conocimiento perdió competencia para conocer y tramitar el proceso ejecutivo a partir de esa fecha, dicha actuación se considera nula, y no se tendrá en cuenta para efectos de la decisión de la reclamación.	
Administrativo	7.1	No demuestra la prestación del servicio o suministro en cabeza del reclamante (contrato, facturas, título valido, ingreso a almacén o constancia de prestación del servicio).	Artículo 756 Código Civil. Artículo 167 del Código General del Proceso
	7.2	No existe prueba de la entrega del bien o la prestación de los servicios reclamados.	Artículo 167 del Código General del Proceso
	7.3	Los bienes reclamados no fueron recibidos por CRUZ BLANCA EPS S.A., y no existe constancia de Ingreso a almacén.	Artículo 9.1.3.3.2 del Decreto 2555 de 2010
	7.4	Se evidencia constancia del retiro de los bienes reclamados con anterioridad a la fecha de inicio de la liquidación por el proveedor o prestador de servicios.	Artículo 295 numeral 9 Decreto 663 de 1993. Decreto 2555 de 2010 Parte 9. Ley 1231 de 2008.
	7.5	Cumplimiento parcial del objeto contractual o servicio solicitado	
	7.6	Servicio público domiciliario prestado y NO reclamado en oportunidad por el prestador.	
	7.7	No demuestra la existencia de una obligación entre las partes, debidamente soportada y recibida a satisfacción.	
	7.8	El bien reclamado figura registrado en el inventario de activos de propiedad de la liquidación.	
Causal de rechazo específico	8.1	Se presenta otro tipo de causal no contemplada taxativamente en el catálogo de causales de rechazo. Se amplía su explicación en el espacio de observaciones y los motivos.	

CAUSALES DE RECHAZO

COMPONENTE MÉDICO

Dará lugar a la aplicación de glosas por este concepto la ausencia de los requisitos y/o soportes de facturación descritos en el ANEXO TÉCNICO No. 5 de la Resolución No. 003047 del 14 de Agosto de 2008 de conformidad con lo señalado en el artículo 12¹ de la Resolución 4747 DE 2007. En igual sentido, las causales de Glosa que sean aplicadas serán las taxativamente descritas en el ANEXO TÉCNICO No. 6 de la Resolución 3047 del 14 de Agosto de 2008 de conformidad con lo señalado en su artículo 14². La anterior normativa es aplicable, sin perjuicio de las demás normas que las modifiquen, adicionen, deroguen, entre otros la Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Así las cosas, téngase como punto de referencia los conceptos que continuación se expone

ANEXO TÉCNICO 5 SOPORTE DE LAS FACTURA

A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES

1. Factura o documento equivalente: 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.

2. Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los toques presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, 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.

3. Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. 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.

¹Decreto 4747 de 2007 Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente Resolución.

²Resolución 3047 del 14 de Agosto de 2008 Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente Resolución. Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante Resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

- 4. Resumen de atención o epicrisis:** 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 adicionen.
- 5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.
- 6. 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, 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.
- 7. Registro de anestesia:** Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.
- 8. Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.
- 9. Hoja de traslado:** Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
- 10. Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- 11. Lista de precios:** documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.
- 12. Recibo de pago compartido:** Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.
- 13. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):** Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.
- 14. Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA:** Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.

15. 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.

16. Hoja de atención de urgencias. Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

17. 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.

18. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

B. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO

1. Consultas ambulatorias

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

2. Servicios odontológicos ambulatorios

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Odontograma.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

5. Medicamentos de uso ambulatorio

- a. Factura o documento equivalente. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el código único de medicamentos – CUM- emitido por el INVIMA con la siguiente estructura: expediente- consecutivo y ATC.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Fotocopia de la fórmula médica.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Lentes

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

8. Atención inicial de urgencias

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

9. Atención de urgencias

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
- j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

10. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria)

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Descripción quirúrgica.
- h. Registro de anestesia.
- i. Comprobante de recibido del usuario.
- j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

- l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

11. Ambulancia

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- d. Autorización. Si aplica
- e. Hoja de traslado.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

12. Honorarios profesionales

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

C. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización. Si aplica.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- i. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

D. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad definidas en el acuerdo de voluntades.

ANEXO TÉCNICO No.6
MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACIÓN
 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.

General	Específico
6	53

Tabla No.1 .Codificación Concepto General

Código	Concepto General	Aplicación
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

Código	Concepto Específico
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 (Respuesta a glosa o devolución extemporánea)
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
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.

RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCIÓN

95	Glosa o devolución extemporánea
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ³
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

³³ Circular035de2000, Contaduría General de la Nación.

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

Tabla No.3. Código de Glosa

General	Especif.	Descripción
1	Facturación	
	1	Estancia
	2	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	3	Honorarios médicos en procedimientos
	4	Honorarios otros profesionales asistenciales
	5	Derechos de sala
	6	Materiales
	7	Medicamentos
	8	Ayudas diagnósticas
	9	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

General	Especif.	Descripción
Tarifas		
2	1	Estancia
	2	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	3	Honorarios médicos en procedimientos
	4	Honorarios otros profesionales asistenciales
	5	Derechos de sala
	6	Materiales
	7	Medicamentos
	8	Ayudas diagnósticas
	9	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados

General	Especif.	Descripción
Soportes		
3	1	Estancia
	2	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	3	Honorarios médicos en procedimientos
	4	Honorarios otros profesionales asistenciales

General	Especif.	Descripción
Soportes		
	6	Materiales
	7	Medicamentos
	8	Ayudas diagnósticas
	9	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	20	Recibo de pago compartido
	30	Autorización de servicios adicional
	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

General	Especif.	Descripción
Autorización		
4	1	Estancia
	2	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	3	Autorización Honorarios médicos en procedimientos
	6	Materiales
	8	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad

General	Especif.	Descripción
Autorización		
	30	Autorización de servicios adicionales
	38	Traslado en ambulancia
	43	Orden o autorización de servicios vencida
	44	Médico que ordena no adscrito

General	Especif.	Descripción
Coberturas		
5	1	Estancia
	2	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	6	Materiales
	7	Medicamentos
	8	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)

General	Especif.	Descripción
Pertinencia		
6	1	Estancia
	2	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	3	Honorarios médicos en procedimientos
	4	Honorarios otros profesionales asistenciales
	5	Derechos de sala

General	Especif.	Descripción
Pertinencia		
	6	Materiales
	7	Medicamentos
	8	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente

General	Especif.	Descripción
Devoluciones		
8	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
	22	Respuesta a Glosa o devolución extemporánea
	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

General	Especif.	Descripción
Respuestas a Glosas o Devoluciones		
9	95	Glosa o devolución extemporánea
	96	Glosa o devolución injustificada
	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) ⁴

⁴ Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

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, resolutivez y oportunidad pactadas en el Contrato por capitación.

101	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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.
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post-quirúrgicos. 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. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en 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"> 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. 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.

		3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
104	Honorarios de otros Profesionales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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.
105	Derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	Ayudas diagnósticas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
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>

111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 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.
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"> 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. <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"> 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.
122	Prescripción dentro de los términos legales o	<p>Aplica cuando</p> <p>El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o</p>

	pactados entre las partes	incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	Aplica cuando: 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. 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.

2. Tarifas

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.
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.

3. Soportes

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.
306	Materiales	Aplica cuando en la descripción quirúrgica no se registran los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico.
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
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 anexa 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	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.

	enmendaduras o tachones	
332	Detalle de cargos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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.</p>
335	Formato ATEP	<p>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.</p>
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	<p>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.</p>
337	Orden o fórmula médica	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.</p>
338	Hoja de traslado en ambulancia	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.</p>
339	Comprobante de recibido del Usuario	<p>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.</p>
340	Registro de anestesia	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.</p>
341	Descripción quirúrgica	<p>Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.</p>
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. 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	Aplica cuando: 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
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.
403	Autorización honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando la entidad responsable del pago emitió autorización directamente al profesional para la ejecución del procedimiento y la Institución Prestadora de Servicios de Salud esta facturando a su nombre estos honorarios.
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	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. 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.
438	Traslado	Aplica cuando: 3. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. 4. No aplica en caso de traslados de urgencias.
443	Orden o autorización de servicios Vencida	Aplica cuando: 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 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.
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 o 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 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 las anacrítica 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 para médica 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.
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.

7. 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 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.
822	Respuesta a glosa o devolución extemporánea	Aplica cuando la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales.
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica cuando: 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 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 requisitos	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.

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

8. 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.