REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00004331 **DE 2012**

(19 DIC 2012)

Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los artículos 11, 12,13,14,15,16,17,18,21,22,23,25 y 28 del Decreto 4747 de 2007 y el artículo 120 de *Decreto - Ley 019 de 2012* y,

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo previsto en el Decreto 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución 3047 de 2008, adoptando entre otros, los formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el Manual Único de *Glosas, Devoluciones y Respuestas a que deben sujetarse las relaciones entre las* entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

Que la Ley 1438 de 2011 estableció en su artículo 57 el trámite que han de seguir las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos *servicios, cuando las primeras glosen las facturas a tales prestadores, contemplando* condiciones adicionales a las previstas en el Decreto 4747 de 2007.

Que el artículo 120 del Decreto – Ley 019 de 2012, señaló que tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, ante la Entidad Promotora de Salud - EPS, por lo que se hace necesario modificar algunos de los formatos y procedimientos adoptados mediante la Resolución 3047 de 2008, de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como dictar disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el Formato Único de Autorización de Servicios de Salud, definido en el Anexo Técnico No. 4 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución y adiciónense los formatos estandarizados de referencia y contrarreferencia de pacientes y el contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, establecidos en los anexo 9,10 y 11, los cuales hacen parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 7° de la Resolución 3047 de 2008, modificado por el artículo 2° de la Resolución 416 de 2009, el cual quedará así:

"***Artículo 7. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos.*** *Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:*

1. *La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios electivos deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el Formato Único de Autorización. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.*
2. *En caso de ser positiva la respuesta, la entidad responsable del pago contactará telefónicamente al usuario quien deberá seleccionar el prestador de su elección dentro de las posibilidades de la red; la entidad responsable del pago concertará con el usuario la fecha y hora de la cita, o le informará el número telefónico del prestador seleccionado para que el usuario directamente concerte la fecha y hora, así mismo le informará el valor del pago compartido.*
3. *En caso de que la respuesta sea negativa, la Entidad Responsable del Pago deberá diligenciar y enviar el formato único de negación de servicios establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y adicionalmente, diligenciar el registro de negación de servicios definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

Parágrafo. *Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios. El prestador deberá dar respuesta a dicha solicitud, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios prioritarios y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios no prioritarios. Estos términos sin perjuicio de los establecidos en el numeral 1 del presente artículo."*

Artículo 3. Modifíquese el parágrafo del artículo 10 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará así:

"***Parágrafo.*** *El debido soporte de los intentos de envío de mensajes de datos de que trata la presente resolución se realizará con sujeción a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.*

Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, no podrán exigir que la información contenida en los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1, 2, 3, 4, 9 y 10, sea digitada en determinado aplicativo informático.

Los aplicativos informáticos con que cuenten las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, deben poder generar y recibir los formatos definidos en los Anexos Técnicos 1,2, 3, 4, 9 y 10 en archivos XML.

Si alguna de las dos partes carece de los desarrollos tecnológicos para la generación automática de los referidos formatos, y expresamente así lo acuerdan, los reportes de información pertinentes podrán realizarse mediante la digitación de la información en el aplicativo de que disponga la otra entidad."

Artículo 4. Modifíquese el artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará así:

"***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 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. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud 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 – ATC".*

Artículo 5. Adiciónense los códigos específicos y el Manual de Uso, establecidos en la Tabla No. 3- Código de Glosas del Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, contenida en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, así:

Tabla No.3 Código de Glosa

(...)

Soportes		
3	*06*	*Materiales*
Autorización		
4	*03*	*Autorización honorarios médicos en procedimientos*
Devoluciones		
8	*22*	*Respuesta a glosa o devolución extemporánea*
Respuesta a Glosa o Devoluciones		
9	*95*	*Glosa o devolución extemporánea*

(...)

Manual de uso

3. Soportes		
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.*
4. Autorizaciones		
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 está facturando a su nombre estos honorarios.*
8. Devoluciones		
822	*Respuesta a Glosa o devolución extemporánea*	*Aplica cuando la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales.*
849	*Factura no cumple requisitos legales*	*Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumple con alguno de los requisitos legales, o cuando no se identifique en los medicamentos no incluidos el Plan Obligatorio de Salud - POS el código CUM, emitido por el INVIMA con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC*
9. Respuestas a glosas y devoluciones		
995	*Glosa o devolución extemporánea*	*Aplica cuando la entidad responsable del pago comunica la glosa o devolución por fuera de los términos legales.*

Artículo 6. Modifíquese la longitud de la variable 60 "Justificación Clínica" a que refiere el Formato de Estándares de Datos para los anexos 1, 2, 3 y 4 contenida en el Anexo Técnico No. 7 de la Resolución 3047 de 2008, la cual quedará así:

Número	***Nombre variable***	***Anexo 1***	***Anexo 2***	***Anexo 3***	***Anexo 4***	***Longitud***	***Tipo***	***Valor Permitido***
		Informe de posibles inconsistencias en la base de datos	***Informe de la atención inicial de urgencias***	***Solicitud de autorización de servicios de salud***	***Autorización de servicios de salud***			
60	*Justificación clínica*			*x*		*500*	*A*	

Artículo 7. Modifíquese la estructura de reporte de información para el registro conjunto de trazabilidad de la factura, Anexo Técnico No. 8, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 8. Las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, podrán acordar los servicios respecto de los cuales no se requiere autorización. Para los demás casos, ó en los casos de prestación sin contrato, las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 120 del Decreto-Ley 019 de 2012, deberán utilizar los siguientes formatos:

a. Para la solicitud de la autorización: El Formato definido en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008.
b. Para la autorización (respuesta): El Formato definido en el Anexo Técnico No. 4 de la Resolución 3047 de 2008 modificada por el artículo 1 de la presente resolución.

Parágrafo 1. En los eventos en que se requiera autorización, la solicitud y respuesta deberá tramitarse de forma previa a la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de que ante la no respuesta dentro de los términos establecidos en el artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, se considere que el servicio posterior a la atención inicial de urgencias ha sido autorizado.

Parágrafo 2. El prestador receptor no podrá negarse a recibir al paciente remitido una vez haya aceptado su remisión. La constancia de remisión deberá diligenciarse en el campo "Información de la Persona de la IPS receptora que acepta recibir al paciente", señalado en el Formato Único de Autorización de Servicios contenido en el Anexo Técnico No 4 de la Resolución 3047 de 2008 modificado por el artículo 1 de la presente resolución.

Parágrafo 3. En caso de que el prestador receptor se niegue a recibir al paciente, la entidad responsable del pago pondrá en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud el hecho para que se adelante el proceso sancionatorio, de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 9. Los procesos de referencia y contrarreferencia de que trata el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, deberán efectuarse de conformidad con lo señalado en los Formatos Estándares de Referencia y Contrarreferencia de pacientes contenidos en los Anexos Técnicos Nos. 9 y 10 que hacen parte integral de la presente resolución.

Cuando el servicio requerido deba ser prestado por otro prestador, el formato de referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico No.9 que hace parte integral de la presente resolución, será suficiente como solicitud de autorización y reemplaza el Anexo Técnico No.3 de la Resolución 3047 de 2008.

Parágrafo 1. Cuando el paciente atendido en el servicio de urgencias u hospitalización, requiera remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 2. Cuando el prestador que recibió un paciente remitido para atención o complementación diagnóstica de carácter ambulatorio, considere que éste puede continuar su manejo en el prestador remitente, deberá diligenciar el formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico No.10 que hace parte integral de la presente resolución. Tratándose de remisiones que impliquen servicios hospitalarios, se contrarremitirá únicamente con la copia de la epicrisis.

Artículo 10. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de su fecha de emisión. Para los casos que se mencionen a continuación se establecen las siguientes reglas:

1. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes, contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
2. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizaran la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
3. Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.
4. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que éste no se requiere.

Artículo 11. Las entidades responsables del pago de servicios y los prestadores de servicios de salud, deberán publicar obligatoriamente en cada punto de atención, avisos tipo cartel o similares, información relacionada con los diferentes trámites que han sido objeto de simplificación, así como indicaciones orientadas al respeto de los derechos de los usuarios. El contenido de los mismos será el establecido en el Anexo Técnico N° 11 que hace parte integral de la presente resolución. Las Direcciones Territoriales de Salud verificarán el cumplimiento de esta disposición.

Artículo 12. Con el objeto de que las entidades responsables del pago de servicios y los prestadores de servicios de salud, realicen los ajustes a sus procedimientos y sistemas de información, las disposiciones contenidas en la presente resolución entrarán a regir a los sesenta (60) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de publicación de la presente resolución.

Artículo 13. Para efectos de control contable las partes podrán acordar que, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al egreso del usuario, se efectúe el envío electrónico de la factura o, si ella no estuviese emitida, del detalle de cargos.

Artículo 14. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 7, 10 y 12 de la Resolución 3047 de 2008, así como los Anexos Técnicos 4, 6, 7 y 8 de la mencionada resolución.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 19 DIC 2012

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

ANEXO TÉCNICO 4
FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION | Fecha: | Hora:

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO | CODIGO:

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre | NIT / CC | Número | DV

Código | Dirección prestador:

Teléfono: indicativo | numero | Departamento: | Municipio:

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento de Identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadania
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual: | Teléfono:

Departamento: | Municipio:

Teléfono celular | Correo electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- Consulta Externa
- Urgencias
- Hospitalización

Servicio | Cama

Manejo integral según Guia de :

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: | Fecha: a a a a - m m - d d | Hora: h h : m m

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en pesos	porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota moderadora			
Copago			
Cuota de recuperación			
Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza | Teléfono: indicativo | numero | extension

Cargo o actividad: | Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR AL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión | Teléfono: indicativo | numero | extensión

Cargo o actividad: | Teléfono celular:

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN

INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Mediante el presente formato se estandariza el contenido de la información que debe diligenciar la entidad responsable del pago al prestador de servicios de salud cuando emite una autorización, si no se tiene acuerdo de voluntades, o si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito, sea ella para prestar servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, ampliar una autorización previamente emitida, o para autorizar servicios electivos, sean ellos de carácter hospitalario o ambulatorio. Debe ser diligenciado por el funcionario designado por la entidad responsable del pago, dentro de los términos definidos en los artículos 5° y 7° de la presente resolución.

El envío del informe al prestador autorizado se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

En caso de que la autorización se emita para que el servicio solicitado sea prestado por un prestador diferente de quien solicita, los datos del prestador serán los del que efectivamente está siendo autorizado para la prestación del servicio, pero la respuesta debe enviarse a los dos prestadores.

Diligenciamiento

Número de autorización:	Corresponde a un número consecutivo que asigna la entidad responsable del pago y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y Hora:	*Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.*
Entidad responsable del pago:	Corresponde al nombre y código de la entidad responsable del pago que emite la autorización. Este dato puede estar preimpreso en la entidad responsable del pago.

Información del prestador (autorizado)

Nombre del prestador de servicios	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud al que se está autorizando la prestación del servicio.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación del prestador al cual se está autorizando la prestación del servicio, asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud al cual se está autorizando la prestación del servicio.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud, al cual se está autorizando la prestación del servicio. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la solicitud de autorización. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Número de documento de *identificación*	Registre el número del documento que aparece en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos de la entidad responsable del pago.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Teléfono	Registre el número de teléfono de la residencia habitual tal como aparece en la solicitud de autorización.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside *habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización.* En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la solicitud de autorización. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono celular	Registre el número del teléfono celular del paciente o acudiente.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente desea que le *sea informada la respuesta de la autorización de servicios* electivos. Si no tiene, registre "no tiene".

Servicios autorizados

Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de encontrarse en hospitalización, indique el servicio y número de cama, de acuerdo con la información enviada en la solicitud formulada por el prestador.
Manejo integral según Guía	*Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía* de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios autorizados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio(s) autorizado(s). En los casos de servicios que requieran internación, la autorización debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Solicitud de origen	*Registre el número de la solicitud a la cual se está dando respuesta y la fecha* y hora de la misma.

Pagos compartidos

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago.	Registre el porcentaje de la tarifa que la entidad responsable del pago cancelará al prestador por los servicios autorizados. Este valor deberá diligenciarse en enteros (no use decimales).
Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	Registre una "X" si el prestador deberá reclamar al paciente tiquete, bono o vale de pago para recibir el servicio.
Concepto del recaudo del prestador	Seleccione con una "X" la casilla correspondiente, según se trate de cuota moderadora, copago o cuota de recuperación, u otro (y cuál) el valor que debe recaudar directamente el prestador de parte del usuario. Dicho valor puede ser expresado en pesos o en %, regístrelo en la casilla correspondiente. *Registre el valor máximo que debe cancelar el usuario*, teniendo en cuenta la normatividad vigente. De ser necesario marque más de un concepto de recaudo, sin perjuicio de la aplicación de la norma vigente sobre la no simultaneidad entre el cobro de copagos y cuotas moderadoras (Acuerdo 260 de 2004)

Información de la persona de la Entidad responsable del pago que autoriza

Persona que autoriza	Registre el nombre de la persona que autoriza los servicios y el cargo o actividad que desempeña en la entidad responsable del pago.
Teléfono	Registre el número telefónico de la entidad responsable del pago, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Información de la persona de la IPS receptora que acepta recibir al paciente. Sólo se diligencia en caso de que la autorización implique la remisión del paciente

Persona que acepta remisión	Registre el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente y el cargo o actividad que desempeña en la IPS receptora.
Teléfono	Registre el número telefónico de la entidad responsable del pago, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

ANEXO TÉCNICO No. 8
REGISTRO CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA

La siguiente es la estructura de reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones y respuestas de las mismas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

Los siguientes campos conforman el archivo, definiendo además la longitud de cada uno de ellos y se diligenciarán de acuerdo con la normativa vigente.

Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
1	NIT de la entidad responsable del pago	Numérico	10	Prestador
2	Razón Social de la entidad responsable del pago	Alfanumérico	150	Prestador
3	NIT del prestador de servicios de salud	Numérico	12	Prestador
4	Nombre o razón social del prestador de servicios de salud	Alfanumérico	250	Prestador
5	Prefijo de la factura	Alfanumérico	6	Prestador
6	Número de Factura	Alfanumérico	10	Prestador
7	Fecha de prestación del servicio o egreso	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
8	Fecha de emisión de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
9	Número de autorización	Numérico	10	Prestador
10	Fecha de la autorización	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
11	Valor de la factura	Numérico	12	Prestador
12	Fecha de presentación de la factura	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
13	Código devolución	Numérico	3	Responsable del pago
14	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
15	Fecha devolución	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
16	Valor pago anticipado	Numérico	10	Prestador
17	Fecha de pago anticipado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
18	Valor glosa inicial	Numérico	10	Responsable del pago
19	Código de glosa inicial	Numérico	3	Responsable del pago
20	Observaciones	Alfanumérico	100	Responsable del pago
21	Fecha glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
22	Valor pago no glosado	Numérico	10	Prestador
23	Fecha pago no glosado	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
24	Código respuesta a glosa inicial	Numérico	3	Prestador
25	Observaciones	Alfanumérico	100	Prestador
26	Valor sustentado respuesta a glosa inicial	Numérico	10	Prestador
27	Fecha respuesta a glosa inicial	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
28	Valor levantado por la entidad responsable del pago	Numérico	10	Responsable del pago

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

Nro. campo	Descripción	Tipo campo	Longitud	Diligenciado por
29	Fecha decisión de la entidad responsable del pago	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Responsable del pago
30	Valor pagado por glosa levantada	Numérico	10	Responsable del pago
31	Fecha pago por glosa levantada	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
32	Código glosa definitiva	Numérico	3	Responsable del pago
33	Observaciones	Alfa numérico	100	Responsable del pago
34	Valor glosa definitiva	Numérico	10	Responsable del pago
35	Fecha glosa definitiva	Fecha	10 (aaaa-mm-dd)	Prestador
36	Valor en discusión al término etapa arreglo directo	Numérico	10	Prestador

Es importante aclarar que cada uno de los motivos de glosa, para una misma factura, se debe reportar en renglón independiente.

Definición de los campos de la estructura del archivo:

NIT de la entidad responsable del pago no se reporta dígito de verificación.

Razón social de la entidad responsable del pago

NIT del prestador de servicios de salud no se reporta dígito de verificación

Nombre o razón social del prestador de servicios de salud

Prefijo de la factura. Corresponde a las letras que anteceden al numero de la factura a glosar (campo opcional)

Número de factura. Corresponde al número consecutivo que el prestador de servicios de salud asigna a la respectiva factura o documento equivalente.

Fecha de prestación del servicio o egreso. Corresponde a la fecha en la cual efectivamente se realizó la prestación del servicio o egresó el paciente que recibió servicios de internación. Puede no coincidir con la fecha de emisión de la factura.

Fecha de emisión de la factura. Fecha en la que se genera la factura.

Número de autorización. Se refiere al número de la autorización principal, es decir a la que se emite para soportar la razón principal de la atención del evento actual. Para efectos de sistemas se define de una longitud máxima de diez (10) caracteres, ya que será un consecutivo ligado a la fecha.

Fecha de autorización. Fecha correspondiente a la emisión de la autorización por la entidad responsable del pago.

Valor de la factura. Corresponde al valor por el cual fue presentada la factura.

Fecha de presentación de la factura. Corresponde a la fecha en la cual el prestador presenta la factura ante la entidad responsable del pago.

Código devolución. Corresponde al número de 3 dígitos definido de acuerdo con los conceptos consignados en el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

Observaciones. En este campo se aclarará la causa de devolución según la normatividad vigente.

Fecha devolución. Fecha en la cual la entidad responsable del pago devuelve la factura

Valor pago anticipado. Monto del pago anticipado.

Fecha de pago anticipado. Corresponde a la fecha en la cual se realiza el pago anticipado.

Valor glosa inicial. Valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

Código glosa inicial. Código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse una fila para cada causa.

Observaciones: En este campo se aclarará el servicio glosado con su detalle y complementos necesarios según el motivo de las glosas.

Fecha glosa inicial. Corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

Valor pago no glosado. Corresponde al monto del pago, equivalente al valor no glosado menos el pago anticipado.

Fecha pago no glosado. Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela el valor no glosado.

Código respuesta a glosa inicial. Este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida en la presente resolución.

Observaciones: En este campo se aclarará la respuesta al servicio glosado con su detalle y complementos necesarios para aclarar las respuestas.

Valor sustentado respuesta a glosa inicial. Corresponde al monto que el prestador de servicios de salud considera pudo sustentar en relación al valor de la glosa inicial.

Fecha respuesta a glosa inicial. Fecha en la cual el prestador de servicios de salud entrega a la entidad responsable del pago la respuesta sobre sus glosas iniciales.

Valor levantado por la entidad responsable del pago: Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera que debe cancelar al prestador de servicios de salud por haber sustentado total o parcialmente la glosa inicial.

Fecha decisión de la entidad responsable del pago: Fecha en la cual la entidad responsable del pago adopta una decisión frente a la respuesta presentada por la prestador de servicios de salud.

Valor pagado por glosa levantada: Corresponde al monto que la entidad responsable del pago considera cancela al prestador de servicios de salud por concepto de la glosa que acepto levantar.

Fecha pago por glosa levantada: Fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela al prestador de servicios de salud el valor que aceptó levantar.

Código glosa definitiva. Este campo será diligenciado por la entidad responsable del pago.

Observaciones: En este campo se aclara la razón de la glosa definitiva.

Valor glosa definitiva. Monto que en concepto de la entidad responsable del pago queda como glosa definitiva

Fecha glosa definitiva: Fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa.

Valor en discusión al termino etapa arreglo directo: Corresponde al valor que una vez concluidos los 60 días hábiles establecidos en la normatividad vigente para el pago de las facturas que tengan glosa, no logran acuerdo entre las partes y se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, o a los mecanismos de solución alternativa de conflictos que se hayan plasmado en el acuerdo de voluntades.

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

ANEXO TÉCNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre NIT CC

Código Dirección prestador:

Teléfono: indicativo número Departamento: Municipio:

DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo Documento de identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadania
- Cédula de extranjeria
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identficación

Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO CODIGO:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo Documento de identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadania
- Cédula de extranjeria
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: Teléfono

indicativo número extensión

Servicio que solicita la referencia Teléfono celular:

Servicio para el cual se solicita la referencia

INFROMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen fisico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

1. Objetivos

Identificar y presentar un resumen de la historia clínica del paciente que a juicio del profesional tratante se debe remitir para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud, de manera que el prestador receptor conozca la información clínica del paciente.

2. Normas Generales

El responsable del diligenciamiento del formato es el profesional tratante y se debe diligenciar cuando se toma la decisión de remitir un paciente a otro Prestador de servicios de salud. En caso de que las condiciones del paciente atendido en el servicio de urgencia varíen entre el momento del diligenciamiento del formato y el momento efectivo de traslado del paciente, deberá ser actualizado dicho formato.

3. Diligenciamiento

Fecha y hora	Registre la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 00:00 a 24:00 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC/CE	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud; CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente, o CE si se trata de un profesional independiente con nacionalidad extranjera, en ejercicio.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT, adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud, conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.

Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad responsable del pago	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Datos de la persona responsable del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente, o su acudiente, indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del profesional que solicita la referencia y servicio al cual se remite

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del profesional tratante. Si el profesional sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Teléfono	Registre el número de teléfono al cual se pueda contactar al profesional. El número celular solicitado, corresponde al institucional, si se cuenta con este recurso.
Servicio que solicita la referencia	Registre el nombre del servicio que solicita la referencia: consulta externa, urgencias, hospitalización y, en caso pertinente, la especialidad medica del profesional que solicita la referencia.
Servicio para el cual se solicita la referencia	Registre el nombre del servicio para el cual se solicita la referencia: consulta externa, urgencias, hospitalización y en caso pertinente la especialidad.

Información clínica relevante

Diligencie en el orden indicado la información de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes de diagnóstico; resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional remitente debe firmar el formato.

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009"

ANEXO TÉCNICO No. 10
FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

Fecha: Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR QUE RESPONDE

Nombre NIT CC -

Código Dirección prestador:

Teléfono: indicativo número Departamento: Municipio:

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento de identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadanía
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO CODIGO:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Tipo Documento de identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de identidad
- Cédula de ciudadanía
- Cédula de extranjería
- Pasaporte
- Adulto sin identificación
- Menor sin identificación

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE CONTRARREFIERE

Nombre: Teléfono indicativo número extensión

Servicio que contrarrefiere Teléfono celular:

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado: Fecha de inicio de atención (anotar el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente remitido). Fecha de alta o finalización (anotar el día, mes, y año en el cual se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido). Resumen de la evolución, fecha y resultados de exámenes de apoyo diagnóstico realizados, diagnósticos, complicaciones, tratamientos empleados, pronóstico, recomendaciones, firma y registro del profesional responsable.

FIRMA Y REGISTRO PROFESIONAL DEL PROFESIONAL QUE CONTRARREMITE

FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

1. Objetivos

Registrar la información clínica relacionada con la atención resultado de una remisión, para garantizar la continuidad de la atención.

2. Normas Generales

El responsable del diligenciamiento del formato es el profesional tratante y se debe diligenciar al terminar la interconsulta o el tratamiento objeto de la remisión. Este formato diligenciado hace parte de la historia clínica del paciente.

Si el manejo del paciente fue hospitalario, la información de contrarreferencia será una copia de la epicrisis. Esta deberá remitirse al prestador que remitió al paciente.

3. Diligenciamiento

Fecha y hora	Registre la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato de 00:00 a 24:00 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador que responde

Nombre prestador	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC/CE	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud; CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente, o CE si se trata de un profesional independiente con nacionalidad extranjera, en ejercicio.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.

Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Entidad responsable del pago	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.

Datos de la persona responsable del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente, tal como figuran en la admisión. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento de la persona responsable del paciente.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique la persona responsable del paciente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del profesional que contrarremite

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del profesional que contrarremite.
Teléfono	Registre el número de teléfono al cual se pueda contactar al profesional. El número celular solicitado, corresponde al institucional, si se cuenta con este recurso.
Servicio que contra-remite	Registre el nombre del servicio que contrarremite: consulta externa, urgencias, hospitalización y en caso pertinente la especialidad a la cual se contrarremite al paciente.

Información clínica relevante

Diligencie las fechas inicio y final de la atención, los resultados de pruebas diagnósticas, evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados, pronóstico y recomendaciones de manejo. Al finalizar el profesional que contrarremite debe firmar el formato.

ANEXO TÉCNICO N°11.
CONTENIDO DE LOS AVISOS - QUE OBLIGATORIAMENTE DEBEN PUBLICAR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, RECUERDA A TODOS LOS CIUDADANOS QUE REQUIEREN SERVICIOS DE SALUD, QUE:

1. Las Entidades Responsables del Pago (EPS, Secretarías de Salud, Entidades Adaptadas) y los prestadores de servicios de salud tienen prohibido exigir fotocopias de documentos (Art.11 Decreto 4747 de 2007), excepto en casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito (Decreto 3990 de 2007).
2. El acceso a los servicios de salud se hará a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad (Art. 22 Ley 1438 de 2011).
3. El trámite de la autorización de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud ante la Entidad Promotora de Salud. Ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario (Art.120 Decreto Ley 019 de 2012).
4. Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos (2) meses, contado a partir de la fecha de emisión.
5. Las fórmulas de medicamentos tendrán una vigencia no inferior a un (1) mes contado a partir de la fecha de su expedición y no requieren autorización adicional, excepto aquellos que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizaran la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un (1) mes.
7. Las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, se harán una única vez para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo. Para aquellos casos en que el oncólogo tratante prescriba la quimioterapia o radioterapia por fuera de las guías o protocolos acordados, la autorización deberá cubrir como mínimo los ciclos a realizar durante los siguientes seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la solicitud de autorización.
8. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con patologías crónicas, se expedirá una única vez y sólo podrá ser desautorizada cuando el médico tratante disponga que no se requiere.
9. Las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar la asignación de citas de medicina general u odontológica general a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, sin que se tenga que hacer la solicitud de forma presencial (Art.123 Decreto Ley 019 de 2012).

CONOZCA SUS DERECHOS, EXIJA SU CUMPLIMIENTO.
DENUNCIE LA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS A LA DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD, PERSONERÍA MUNICIPAL, DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD