

**Evaluación de las causas de glosas en hospitalización de la clínica Sharon
Medical Group del municipio de Ibagué en el periodo comprendido de enero
a julio de 2022**

Oscar Fernando Rojas Riaño

**Universidad EAN en convenio con universidad del Tolima
Facultad de administración, finanzas y ciencias económicas
Especialización en auditoria y garantía de la calidad en salud**

Ibagué – Tolima

2022

**Evaluación de las causas de glosas en hospitalización de la clínica Sharon
Medical Group del municipio de Ibagué en el periodo comprendido de enero
a julio de 2022**

Oscar Fernando Rojas Riaño

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de
especialista en auditoria y garantía de la calidad en salud**

Director

Fabián Díaz Garzón

**Universidad EAN en convenio con universidad del Tolima
Facultad de administración, finanzas y ciencias económicas
Especialización en auditoria y garantía de la calidad en salud**

Ibagué – Tolima

2022

Tabla de contenido

1. Resumen	4
2. Planteamiento del Problema	5
3. Conveniencia de la Investigación	8
4. Objetivos	9
4.1. Objetivo general.	9
4.2. Objetivos específicos.	9
5. Marco de referencia	10
5.1. Marco conceptual	10
5.2. Marco normativo	12
5.3. Marco geográfico.....	15
5.4. Marco de antecedentes	16
5.5. Marco Teórico	18
6. Metodología	21
6.1. Primer nivel	21
6.1.1. Enfoque.....	21
6.1.2. Muestreo	23
6.1.3. Variables	26
6.2. Segundo nivel	27
6.2.1. Instrumento de recolección de datos.....	27
6.2.2. Análisis de datos	29
7. Resultados	30
8. Consideraciones éticas	31
9. Cronograma de actividades	32
10. Presupuesto	33

11.	Bibliografía	34
12.	Anexos	36

1. Resumen

Las glosas o no conformidades para pago de servicios de salud en Colombia se estiman en 30%, esto ocasiona demoras en los pagos a la Instituciones prestadoras de salud, que dificulta el balance económico en dichas empresas. Los datos que se encuentran en la literatura son datos a nivel nacional, pero existen pocos datos publicados a nivel local Tolima, el cual cuenta con una población mayor de 1200000 habitantes, con su capital Ibagué con más de 500 mil habitantes. El presente estudio plantea la realización de un análisis de las glosas que llegaron a la institución Clinica Sharon Medical Group de Ibagué, durante el periodo de enero a julio de 2022 en el servicio de hospitalización, con el objetivo de analizar y plantear un plan de mejora respecto a los valores de glosas hallados.

Summary

Glosas or non-conformities for payment of health services in Colombia are estimated at 30%, this causes delays in payments to health care providers, which hinders the economic balance in that companies. The data found in the literature are data at the national level, but there are few data published at Tolima's local level, which has a population of more than 1,200,000 inhabitants, whose capital is Ibagué with more than 500,000 inhabitants. The present study proposes carrying out an analysis of the glosas that arrived at the Clinica Sharon Medical Group of Ibagué, during the period from January to July 2022 in the hospitalization service, with the aim of analyzing and proposing an improvement plan respect to the glosas values found.

2. Planteamiento del Problema

Colombia país suramericano que cuenta con una población estimada en más de 48 millones de habitantes, con una distribución de población de más de 51% de mujeres y más de 48% de hombres, de los cuales el 68.2% se encuentra en rango de edad entre 15-65 años, el 22.6% entre los 0 a 14 años y el 9.1% mayores de 65 años. Con una división política que cuenta con 32 departamentos, el Tolima es uno de esos departamentos con una población de más de 1.200.000 personas distribuidas en 47 municipios (DANE, 2022), Ibagué la capital de Tolima cuenta con más de medio millón de habitantes, que para el 2018 contaba con cerca de 20 instituciones prestadoras de salud para dicha población (Secretaría de planeación municipal, 2018).

En el modelo de salud en Colombia por la prestación de servicios se genera una factura de cobro, la cual dependiendo del tipo de usuario es cancelada por el usuario, las empresas prestadoras de salud o los organismos estatales, durante dicho proceso se pueden presentar no conformidades para el pago de las facturas lo cual es conocido como glosas (Parra & Cortés, 2019). Dichas glosas ocasionan retrasos o demoras parciales o totales para el pago de los servicios de salud prestados, que a su vez ocasiona desequilibrios en el balance económico de las instituciones prestadoras de salud (Chavarria, 2018).

La normatividad establecida para los procedimientos de cobro, verificación, control, pago de los servicios de salud, manejo de la información de cuentas médicas, facturación, se basa en lo establecido en la Ley 100 de 1993, la

Resolución 1479 de mayo de 2015, Resolución No 5395 de 2013, Resolución 0837 de junio 23 de 2015 (Passos y otros, 2020). Sin embargo, el proceso de radicación, revisión y pago de facturas supera los tiempos señalados por la ley, el cual bajo circunstancias normales debería durar 30 días, pero en ocasiones se puede extender a más de 270 días (Ordoñez , 2015).

Uno de los factores que influye en la crisis financiera de las instituciones prestadoras de salud en Colombia es la cartera morosa, la cual puede ser ocasiona en parte por que las entidades prestadoras de salud rechazan muchas facturas a la IPS y se convierten en glosas, también por las conciliaciones que producen retrasos e incluso devoluciones en el pago de facturas generadas. Se estima que el porcentaje de glosas en Colombia asciende al 30% de la facturación (Passos y otros, 2020), estos retrasos, moras y perdidas deben ser asumidas por las instituciones prestadoras de salud, que a su vez repercute en la disminución de la calidad de los servicios prestados y detrimento patrimonial de las mismas.

Existe información aislada respecto al tema de glosas en diferentes entidades públicas y privadas a nivel nacional, la mayoría de los cuales se encuentran en trabajos de grado. En el Tolima no se cuenta con mucha información, por lo tanto es difícil cuantificar u obtener datos precisos al respecto. Por lo cual se plantea caracterizar los tipos de glosas que se presentan en una institución de mediana complejidad (nivel iii de atención en salud) del municipio de Ibagué, en el servicio de hospitalización en el periodo comprendido entre enero a julio de 2022, con el propósito de determinar posibles alternativas de solución al problema de glosas en dicho servicio y disminuir el retraso en el pago de las facturas generadas. Por lo cual se plante la siguiente pregunta de investigación:

¿Por qué se glosan las cuentas médicas en el servicio de hospitalización de mediana complejidad de la IPS Sharon Medical Group de la ciudad de Ibagué en el periodo comprendido entre enero a julio de 2022?.

3. Conveniencia de la Investigación

La salud en Colombia reglamentada constitucionalmente, se encuentra determinada por diferentes factores, legales, sociales, culturales, éticos, entre otros, la prestación de este servicio particular o colectivo, público o privado, genera una transacción comercial entre quien presta el servicio y quien lo paga (aseguradoras, gobierno, partículas entre otros). En este sentido existen diferentes tarifas u honorarios por la prestación de servicios de salud, según contratos o convenios preestablecidos o normatividad existente como soporte (manual tarifario SOAT o ISS). Sin embargo en ocasiones se observan discrepancias entre lo facturado por la prestación del servicio y lo cancelado por las empresas aseguradoras, lo cual va en muchos casos en detrimento de los intereses (económicos, sociales, entre otros) de las instituciones prestadoras de salud.

En la actualidad existe una estimación de un porcentaje de glosas cuantificado en aproximadamente 30% de lo facturado, sin embargo aunque existen diversos trabajos de investigación acerca de este tema a nivel nacional, en el medio local existe poca información, es por esta razón que se decide realizar un trabajo de investigación encaminado a Identificar, analizar y generar recomendaciones sobre las principales causas de glosas en la prestación de los servicios de salud en una institución de mediana complejidad (iii nivel) Clínica Sharon Medical Group del municipio de Ibagué en el área de hospitalización. Con el objetivo de conocer la magnitud en cifras y porcentajes de la cantidad de glosas generadas para así poder plantear recomendaciones que modifiquen o disminuyan la presentación de estas al interior de la institución.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general.

Identificar, analizar y generar recomendaciones sobre las principales tipos y causas de glosas en la prestación de los servicios de salud de hospitalización en la Clínica Sharon Medical Group del municipio de Ibagué en el periodo comprendido de enero a julio de 2022.

4.2. Objetivos específicos.

1. Identificar los principales tipos y causas de glosas en hospitalización en la Clínica Sharon Medical Group en el periodo comprendido de enero a julio de 2022, según lo establecido en el manual único de glosas.
2. Identificar los principales montos de las glosas que se presentaron en la Clínica Sharon Medical Group del servicio de hospitalización durante el periodo comprendido de enero a julio de 2022.
3. Analizar los principales tipos y causas de glosas identificadas en hospitalización en la Clínica Sharon Medical Group.
4. Generar recomendaciones con los hallazgos identificados y posteriormente analizados, para tratar de disminuir la presentación de nuevas glosas en el servicio de hospitalización de la Clínica Sharon Medical Group.

5. Marco de referencia

5.1. Marco conceptual

Se establece según la normatividad y diversos autores las principales definiciones objeto del presente trabajo.

Factura: Documento que constituye el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a la entidad responsable de pago (Cadavid & Morelo, 2020).

Glosa: No conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, reportada por la entidad responsable del pago durante la revisión. (Cadavid & Morelo, 2020)

Glosas por facturación: Se formula al existir diferencias entre el tipo y cantidad de los servicios prestados con los facturados, también puede suceder al no tener en cuenta los conceptos pagados por el usuario (copagos u otros), o al existir errores en los procesos de facturación. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Glosas por tarifas: Son todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Glosas por soportes: Son todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Glosas por autorización: Se presentan al no existir autorización por la prestación de servicios de salud, o al hallarse diferencias con los servicios previamente autorizados por la entidad responsable del pago o al cobrarse servicios con documentos adulterados. (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Glosas por cobertura: Se presentan por cobro de servicios no incluidos en el respectivo plan (Cadavid & Morelo, 2020)

Glosas por pertinencia: Se presentan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado. (Cadavid & Morelo, 2020)

Devolución: Es una no conformidad señalada por la entidad responsable de pago durante la revisión preliminar que afecta en forma total la factura de servicios de salud prestados e impide dar la factura por presentada (Cadavid y otros, 2016).

Respuestas a glosas o devoluciones: Es la contestación que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad comprometida con el pago (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Manual único de glosas, devoluciones y respuestas: Es el documento expedido por el Ministerio de la Protección Social en el que se establecerán la denominación y codificación de las causas de glosas. Es de obligatoria adopción por todas las entidades del sistema general de seguridad social en salud (Cadavid & Morelo, 2020).

5.2. Marco normativo

El sistema de salud en Colombia, así como la captación, asignación y pago de recursos en salud está determinada por una serie de normas y recursos legales, entre los que se encuentran:

La Constitución política en su artículo. 48° indica “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”. (Constitución Política de la República de Colombia, 1991)

La Ley 100 de 1993 en su Art. 225°. “Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados,

utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que éste conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el sistema general de seguridad social en salud". (El Congreso de la Republica de Colombia , 1993)

La resolución 3374 del 2000. Reglamenta los datos básicos que deben ser reportados por los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios, en referencia a los servicios de salud prestados (Gonzalez y otros, 2020).

Decreto 1281 de 2002. Mediante el cual se expiden las pautas que regulan los flujos de caja, utilización oportuna, eficiente de recursos del sector salud para la prestación de servicios (Gonzalez y otros, 2020).

Decreto 1011 de 2006. Establece las directrices para proveer de servicios de salud a los usuarios individuales, colectivos de forma accesible y equitativa. Implementa los componentes del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud: Sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, el sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad. (Gonzalez y otros, 2020)

Ley 1122 de 2007. Por la que se realizan algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Reglamenta la relación entre prestadores y los responsables del pago de los servicios de la salud. Define los plazos de pago de régimen subsidiado, contributivo y estipula los plazos de los pagos en caso de glosas (Gonzalez y otros, 2020).

Decreto 4747 de 2007, Define criterios para los procesos en el manejo de glosas, para minimizar el riesgo y mejor el recaudo. El Artículo. 21° Direcciona a los prestadores de servicios de salud sobre la presentación de las facturas con los soportes que establezca el Ministerio de la Protección Social a las entidades responsables de pago. El artículo. 22°, establece un manual único de glosas, devoluciones y respuestas, así como la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas. Este será de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo. 23° Define el trámite de glosas, según las fechas correspondientes (Gonzalez y otros, 2020).

Resolución 3047 de 2008 Anexo técnico No. 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Define formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a implementar en la relación entre prestadores y entidades responsables del pago de servicios de salud. Se estandariza la denominación, codificación y aplicación de los posibles motivos de glosa, define así los mecanismos de respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, con el fin de agilizar los procesos de auditoría y respuesta. La codificación para presentación de glosas está integrada por un código de tres dígitos, el primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general. Los códigos generales se describen a continuación. 1. Facturación, 2. Tarifas, 3. Soportes. 4. Autorización, 5. Cobertura, 6. Pertinencia, 8. Devoluciones 9. Respuestas a glosas o devoluciones. Los códigos específicos de dos dígitos se

encuentran numerados de uno a cincuenta y tres, de acuerdo a su descripción específica (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Resolución 416 de 2009. Modifica la resolución 3047 de 2008, establece lineamientos en caso de detectar inconsistencias. El prestador deberá realizar la admisión, identificación de la historia clínica y factura con los datos reales que se encuentran en el documento de identidad exhibido por el usuario (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Ley 1438 del 19 de enero 2011. Establece que los montos de las glosas resueltas total o parcialmente deben ser cancelados dentro de un plazo de cinco días hábiles, previa información al prestador, si persiste desacuerdo una vez vencidos los términos, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, para fines de conciliación o jurisdiccional, según los establecido en la ley (Gonzalez y otros, 2020).

Resolución 4331 2012. “Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009”. (Gonzalez y otros, 2020)

Decreto 780 2016. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. (Gonzalez y otros, 2020)

5.3. Marco geográfico

La clínica Sharon Medical Group, es una institución prestadora de servicios de salud de carácter privado, con una trayectoria de más de 10 años, ubicada en

la cra 5 número 74-03 barrio las Margaritas de Ibagué Tolima, Colombia, que ofrece servicios de mediana complejidad, tanto a la población subsidiada como a la población contributiva de entidades afiliadas o con convenio. Dentro de sus servicios cuenta con unidad de cuidado intensivo, hospitalización, quirófano, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, sala de endoscopia, consulta externa. Dentro de las especialidades que oferta se encuentra anestesiología, cardiología, cirugía general, cirugía plástica y estética, cirugía vascular y angiología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología, radiología e imágenes diagnósticas, otorrinolaringología, urología, neurología, neurocirugía. (Clinica Sharon Medical Group, 2019)

5.4. Marco de antecedentes

Los trabajos realizados en el ámbito nacional sobre glosas en entidades prestadoras de salud se encuentran principalmente en trabajos de grado como requisito para optar a títulos de especialidad, los reportes en literatura científica indexada para Colombia son relativamente pocos. Para la realización del presente trabajo se realiza una búsqueda de información respecto a la cantidad y distribución de glosas en diferentes IPS a lo largo del territorio.

Los reportes de glosas en un estudio realizado en la Clínica Palmira en el año 2015. Con una muestra de 592 glosas, se observó que la principal causa de glosa correspondió a la ausencia total o parcial del soporte de ayudas diagnósticas (198 glosas). La segunda causa de glosa más reportada (160 reportes) es la no autorización de medicamentos no incluidos en el plan obligatorio de salud. La tercera causa de glosa (63 reportes) fue para los cargos por medicamentos

soportados en la factura, y que presentan diferencias con los valores previamente pactados. La cuarta causa de glosa (58 reportes) se presentó por materiales que no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se cobraban adicionalmente. Otro valor lo representan (50 glosas) las glucómetros no reportadas en la historia clínica. Otro ítem (45 reportes) corresponde a las glosas obtenidas por diferencias con los valores contratados por los profesionales en salud (Ordoñez , 2015).

En un estudio realizado en la Empresa Social del Estado BelloSalud sobre el impacto financiero, las causas y las opciones de intervención de glosas y devoluciones, se realizó la clasificación de las glosas según anexo 6 de resolución 3047 de 2008. Los autores hallaron que del 2016 al 2018 se presentaron 1155 facturas glosadas distribuidas así: en 2016 se hallaron 313 glosas; 2017 se encontraron 426 glosas y en 2018 un total 416 glosas; en el mismo periodo se encontraron glosas por evento que alcanzaron un total de \$283.894.742 millones de pesos, también glosas de deducción o descuentos por no cumplimiento de cuotas por valor de \$2.139.071.771 millones de pesos. Concluyen que las glosas asociadas a errores en la facturación son las más frecuentemente encontradas, la segunda en frecuencia corresponde a las causadas por devoluciones y tarifas. (Parra & Cortés, 2019)

Otro estudio realizado en el hospital San Antonio de Tarazá durante el año 2020, analizó las principales casusas de glosas. Los autores hallaron que la facturación que se radicó en el año 2020 fue de \$1.319.918.077 millones de pesos y el valor glosado fue \$308.681.266 millones de pesos, que corresponde al 23,39% de la facturación; el valor glosado aceptado por la institución correspondió

a \$27.285.808 millones de pesos equivalente al 2,07% del total facturado, el valor no aceptado fue \$281.395.458 millones de pesos que significa el 21,32% del valor de la factura total (Cadavid & Morelo, 2020). Lo cual es inferior a lo reportado por otros autores que estiman que el porcentaje de glosas en Colombia asciende al 30% de la facturación. (Passos y otros, 2020)

Los valores reportados de glosas en el Hospital Comunal Las Malvinas de Florencia - Caquetá en estudio de las estrategias para la disminución de glosas, durante el periodo 2017 a 2019 describen que, durante el año 2017, se halló un valor de las glosas por \$ 272.077.044 millones de pesos, que equivalió a un 11%; el año 2018 presento aumento respecto al valor anterior con un 60% por valor de \$ 1.419.767.427 millones de pesos; durante el año 2019 se presentó un 29% equivalente a \$ 693.523.532 millones de pesos, tal como lo describen los autores. (Gonzalez y otros, 2020).

En otro estudio realizado en Monería – Córdoba, Colombia, los autores reportan un porcentaje de glosas de 18% en los cuatro primeros meses del 2021. Siendo las consultas, interconsultas, las situaciones más representativas con un 81%, en un segundo lugar, las ayudas diagnosticas con el 8%, en tercer lugar, las órdenes o autorización de servicios vencidos con el 6% y, por último, los traslados con el 5%, entre las principales causas de las glosas. (Cordero y otros, 2021)

5.5. Marco Teórico

En el modelo de salud Colombiano sujeto a normatividad contemplada desde el marco constitucional de 1991, con implementación en la ley 100 y demás

disposiciones legales vigentes. La prestación de servicios de salud genera glosas o inconformidades que a su vez ocasionan problemática en los estados financieros de las diferentes instituciones.

Para la prestación de dichas inconformidades la legislación adopto un manual único de glosas anexo 6 de resolución 3047 de 2008, por medio del cual se definen por medio de una codificación de tres números los principales objetos de glosa dentro de las facturaciones en salud. Este mecanismo como se evidencia en trabajos de investigación permite discriminar los principales objeto de glosa que presentan las instituciones, y de esta forma tomar decisiones que disminuyan la fuga de recursos financieros.

A nivel nacional se cuenta con información que describe las principales causas de glosas, estos datos se hallan en trabajos de investigación desarrollados en diferentes departamentos e instituciones públicas y privadas, principalmente de primer nivel de complejidad. En el marco regional (Tolima) es poca la información hallada respecto a este tema, lo cual dificulta a las IPS de la región la toma de decisiones administrativas en salud.

La auditoría para el avance o progreso de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Jaramillo & Plata, 2019).

Se define el mejoramiento continuo de la calidad como un proceso de autocontrol, que se centra en el cliente y sus necesidades, consiste en identificar los aspectos del proceso que pueden ser susceptibles de mejoramiento, cuyo objetivo es establecer los ajustes pertinentes y de esta forma alcanzar las expectativas de los clientes (Jaramillo & Plata, 2019)

Las acciones de auditoría se encaminan a identificar las oportunidades, a mejora, priorizar, hacer análisis causal, establecer acciones de mejora y reevaluarse permanentemente, mediante la implementación de planes de mejora que garanticen servicios de calidad (Jaramillo & Plata, 2019).

6. Metodología

6.1. Primer nivel

6.1.1. Enfoque.

Los estudios de investigación pueden ser de tipo cualitativo; donde pueden desarrollarse preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección o análisis de los datos, dicha acción indagatoria puede moverse de manera dinámica entre los hechos y su interpretación, es un proceso de cierta forma circular. En estos tipos de estudio los investigadores plantean un problema pero no siguen un proceso definido claramente, es decir las preguntas de investigación no siempre se han establecido ni definido por completo. Es decir se basa más en un proceso inductivo (se explora y describe y luego se generan perspectivas teóricas), al ir de lo particular a lo general (Hernández y otros, 2014).

Por otro lado los estudios cuantitativos presentan un enfoque secuencial y probatorio, es decir cada etapa precede a la anterior. Por ello se genera una pregunta a partir de la cual se generan hipótesis y determinan variables, se traza un plan para probar dichas hipótesis (diseño), se miden las variables, se analizan por métodos estadísticos y se generan conclusiones de dicho estudio. (Hernández y otros, 2014)

Dentro de los estudios cuantitativos se pueden subdividir según el alcance en: Exploratorios, descriptivos, correlacionales o explicativos.

1) Estudios exploratorios: por lo general anteceden a otros estudios cuantitativos, se realizan para explorar algo poco estudiado o desconocido, se

usan para buscar especificar las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno.

2) Estudios descriptivos: sirven para describir fenómenos, situaciones, contextos o sucesos para así detallar como son y cómo se manifiestan, el investigador debe poder visualizar, el tema a medir y sobre que o quienes se recolectaran los datos a medir.

3) Estudios correlacionales: la finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto particular. Para ello primero se debe medir cada una de las variables y luego se analizan las vinculaciones entre ellas. Esta correlación puede ser de tipo positivo o negativo.

4) Estudios de alcance explicativo: se dirigen a responder las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Su utilidad radica en explicar porque ocurre un fenómeno, bajo qué condiciones se puede manifestar y como se relaciona con otras variables (Hernández y otros, 2014).

Las investigaciones según su diseño también se pueden clasificar en experimentales o no experimentales. Las experimentales se refieren a estudios en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes para estudiar las consecuencias que dicha manipulación presenta sobre la variable o variables dependientes. Pueden ser pre experimentos, experimentos puros, o diseños cuasiexperimentales; se diferencian según el grado de control y la validez interna en cada uno de los diseños. (Hernández y otros, 2014)

Los diseños no experimentales, se pueden subdividir en transeccionales o longitudinales. Los transeccionales o transversales se identifican por que la

recolección de datos se lleva a cabo en un solo momento o tiempo único, generalmente su propósito es describir variables y analizar su comportamiento e interrelación en un momento dado, se pueden subdividir en: 1) Exploratorios, 2) Descriptivos, 3) Correlacionales causales. Los diseños longitudinales tiene la característica que recolectan información en diferentes momentos o periodos para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias; se pueden subdividir en 1) de tendencia, 2) de evolución de grupo o 3) diseños panel (Hernández y otros, 2014).

De acuerdo a las características de la investigación se describe el estudio como de tipo cuantitativo descriptivo no experimental transeccional.

6.1.2. **Muestreo.**

Para la realización del trabajo se tendrán en cuenta los documentos de glosas de cada una de las facturas aportadas por las diferentes entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) a la oficina de facturación de la Clínica Sharon Medical Group del municipio de Ibagué, en el periodo comprendido de enero a julio de 2022.

Criterios de inclusión: Se incluyen las facturas glosadas presentadas por la diferentes EAPB a la oficina de facturación con número de factura que correspondan al servicio de hospitalización dentro de la fecha de enero a julio de 2022.

Criterios de exclusión: Se excluyen las facturas glosadas presentadas por las EAPB a la oficina de facturación, con número de factura diferente a servicio de hospitalización o fuera de la fecha en estudio (enero a julio de 2022).

Algunos aspectos básicos a tener en cuenta respecto a la obtención de una muestra para trabajo de investigación son: población o universo; es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones (criterios de inclusión). Muestra; se define como un subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta (Hernández y otros, 2014).

La determinación de las muestras para trabajos de investigación se puede realizar de forma probabilística donde todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra, esta se realiza por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo. Otra forma es la no probabilística donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández y otros, 2014).

Para el cálculo del tamaño de la muestra utilizamos un procedimiento estadístico mediante el cual definimos el tamaño del universo o población. El error estándar máximo aceptable, el cual se refiere a un porcentaje de error potencial que admitimos como tolerancia de que la muestra no sea representativa de la población, los más comunes son 1 y 5%. El porcentaje estimado de la muestra, que es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno, cuya certeza total siempre es igual a uno ($p + q = 1$), cuando no se cuenta con marcos de muestreo previos, se suele usar un porcentaje estimado de 50%. Y por último el nivel de confianza, que es el complemento del error máximo aceptable, los niveles más comunes son de 95 y 99% (Hernández y otros, 2014).

De esta forma para definir el tamaño de la muestra aceptamos que: El tamaño del universo es de 480 facturas glosadas en el periodo definido, el error estándar máximo aceptable es de 5%, el porcentaje estimado de la muestra es de 50% y el nivel de confianza es del 95%. Estos datos se introducen a una calculadora de muestras lo cual arroja un valor de muestra de 214 facturas glosadas con un nivel de confianza del 95%.

Con el tamaño de muestra definido se procede a realizar la selección de números aleatorios con la ayuda de una herramienta estadística, para ello se enumera el universo de facturas de uno a 480, se indica el límite inferior (1) y límite superior (480), el tamaño de la muestra (214), y se procede a generar los números aleatorios que corresponden a las facturas seleccionadas para el estudio.

Tabla No 1. *Números aleatorios asignados para las facturas que corresponden al tamaño de muestra del trabajo.*

1	3	9	10	11	12	16	17	18	19
21	24	25	27	28	32	34	35	36	39
41	43	44	45	46	47	49	50	54	55
60	62	63	64	67	70	71	73	75	76
77	81	82	83	84	85	86	90	91	92
93	96	100	101	103	107	108	110	111	113
116	118	119	120	121	124	125	126	129	130
131	133	134	137	140	141	143	148	151	154
157	164	165	166	167	169	170	174	175	178
179	185	186	193	196	197	203	204	205	208
213	214	219	220	222	227	229	230	231	232
234	237	240	242	243	244	247	249	250	253
258	259	260	262	263	266	267	268	269	271
272	278	286	287	291	292	293	294	295	296
301	303	306	307	310	313	317	318	323	325
331	335	336	338	339	340	343	344	348	350
352	355	361	364	367	368	375	377	378	379
380	381	382	385	390	391	392	394	395	396
397	401	402	408	409	411	413	416	417	419
420	421	423	424	430	432	433	435	436	437

440	442	447	450	452	455	459	463	465	471
472	477	478	480						

6.1.3. Variables

Variable: en un estudio de investigación constituye todo aquello que es posible medir, también hace referencia a la información que se colecta o los datos que se recaban con el objeto de responder a la pregunta de investigación.

Las variables se pueden clasificar según su escala de medida en: cualitativas o cuantitativas. Las cualitativas, a su vez pueden ser nominales u ordinales. Las nominales, hacen relación a categorías no numéricas bien definidas, que no tienen un orden lógico o natural. Las ordinales corresponden a categorías no numéricas bien definidas, que pueden ordenarse de una forma lógica o natural (ejemplo: intensidad del dolor, categorización del estado nutricional). Las variables cuantitativas que pueden ser discretas o continuas. Las discretas: toman como valores números enteros (ejemplo: número de hijos). Las continuas: pueden adoptar cualquier valor número (ejemplo: talla, peso). (Yohannessen & Fuentes, 2019).

Las variables a definir en el presente trabajo se presentan en la tabla No 2.

Tabla No 2. Descripción de variables objeto de estudio.

Nombre de la variable	Clasificación	Sub-clasificación	Observación
Mes	Cualitativa	Ordinal	Mes del año
Entidad (EAPB)	Cualitativa	Nominal	Nombre de la EAPB
Factura	Cuantitativa	Discreta	Número de factura
Valor de la factura	Cuantitativa	Continua	Valor en pesos de la factura generada
Valor de la glosa	Cuantitativa	Continua	Valor en pesos de la glosa generada

Porcentaje de glosa	Cuantitativa	Continua	Valor de factura glosada/valor total de factura por 100
Código general	Cuantitativa	Discreta	Numero de un digito al cual corresponde la glosa según manual único de glosas
Descripción de código general	Cualitativa	Nominal	Se realiza identificación del ítem al cual corresponde el código general según manual único de glosas
Código específico	Cuantitativa	Discreta	Numero de dos dígitos al cual corresponde la glosa según manual único de glosas
Descripción de código específico	Cualitativa	Nominal	Se realiza identificación del ítem al cual corresponde el código específico según manual único de glosas

Adaptado de (Parra & Cortés, 2019).

6.2. Segundo nivel

6.2.1. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se implementara una metodología similar a la utilizada por otros autores como Parra, M., & Cortés, J. (2019), Jaramillo, A., & Plata, L. (2019), Cadavid Carvajal, E. C., & Morelo Agudelo, M. V. (2020), en sus trabajos de investigación.

Para ello se inicia con la recolección de la información en una única fecha, dicha información corresponde a los documentos de facturas glosadas remitidos por las diferentes administradoras de planes de beneficios (EAPB) en el periodo establecido de enero a julio de 2022, a la oficina de facturación de la Clínica

Sharon Medical Group, del municipio de Ibagué. Estos datos son sometidos a los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente, se realizará la verificación con la información consignada en el módulo financiero del software SIIP (sistema de información de IPS) de la clínica, para cada una de las facturas glosadas. Una vez realizada dicha verificación, se procede a tabular en una hoja de cálculo de Excel las variables definidas, como se puede observar en el Anexo No 1.

Las variables objeto de tabulación se definen a continuación:

1) variable mes: corresponde al mes del año en el que la EAPB realiza la glosa de la factura.

2) La variable entidad: hace referencia a las EAPB en la cual se encuentra inscrito el paciente atendido, que puede ser de régimen subsidiado, contributivo o régimen especial.

3) La variable factura: corresponde al número de factura objeto de glosa.

4) La variable valor de la factura: corresponde al monto total en pesos facturado en cada cuentas o facturas.

5) La variable valor de la glosa: corresponde al valor objetado por parte de la EAPB de la factura correspondiente.

6) La variable porcentaje de glosa: es la relación hallada entre el valor de la glosa, sobre el valor total de la factura y multiplicado por 100.

7) La variable código general: hace referencia al primer dígito de código de glosa indicado por el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, se tendrán en cuenta los códigos de uno a seis, según la tabulación reportada en el manual.

8) La variable descripción de código general: se refiere al resumen aportado por la EAPB como objeto de glosa para código específico.

9) La variable código específico: hace referencia a los dos dígitos que complementan al código general y que definen la causa específica de la glosa según el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, se tendrán en cuenta los códigos asignados por la resolución 3047 de 2008.

10) La variable descripción de código específico: se refiere al resumen aportado por la EAPB como objeto de glosa, para el código específico.

Por otra parte el manual único de glosas devoluciones y respuestas, establecido en la resolución 3047 de 2008, establece la combinación de códigos generales y específicos que se pueden presentarse en cada caso en particular, así como también ofrece lineamientos para la correcta aplicación de los códigos utilizados (Anexo No 2) (Ministerio de la Protección Social, 2008).

6.2.2. Análisis de datos

Posterior a la tabulación de las variables, se procederá al análisis estadístico de los mismos, para ello se utilizara el programa IBM SPSS statistics 25, con el cual se realizara análisis de estadísticas descriptivas como se define a continuación.

- 1) Sumatoria o total de valores facturados en la muestra.
- 2) Promedio del total de valores facturados.
- 3) Valores de facturación discriminada por mes y EAPB.
- 4) Sumatoria o total de valores glosados en la muestra.
- 5) Promedio del total de valor glosado

- 6) Valores de glosas discriminadas por mes y EAPB
- 7) Porcentaje total de valor glosado respecto al facturado.
- 8) Porcentaje glosado según mes y EAPB
- 9) Valor de glosas discriminada por códigos generales y específicos en la muestra.
- 10) Porcentaje del valor glosado discriminado por códigos generales y específicos, respecto al valor total glosado
- 11) Valor de glosas discriminada por códigos generales y específicos según mes y EAPB
- 12) Porcentaje del valor glosado discriminado por códigos generales y específicos según mes y EAPB, respecto al valor total glosado

La información para el análisis de las diferentes variables se presentará en tablas, gráficos de barras, tortas o histogramas.

7. Resultados

Posterior al análisis estadístico se pretende establecer resultados sobre: el valor total en pesos facturado de la muestra en estudio, el promedio de valor en pesos de cada factura en la muestra, el monto total glosado en pesos, el promedio en pesos total glosado por factura, el porcentaje del total glosado respecto al facturado. Estos resultados se presentaran en análisis del documento y se expondrán en una tabla resumen.

Los resultados de los valores en pesos facturados por mes y EAPB de la muestra, así como los valores en pesos de las glosas discriminadas por mes y EAPB, así como el porcentaje del total glosado respecto al facturado por mes y

EAPB, será presentado en el análisis del documento y expuesto en tablas resumen y gráficos de distribución de frecuencia.

Los resultados de los valores de glosas discriminados por códigos generales y específicos en la muestra, así como el porcentaje respecto al valor total glosado, el valor de glosas discriminada por códigos generales y específicos según mes y EAPB, y su porcentaje correspondiente respecto al valor total glosado, será presentado en el análisis del documento y expuesto en graficas de frecuencias. Todos los datos hallados serán comparados con los datos reportados en la literatura por otros autores, una vez realizado esto se podrán determinar las conclusiones finales del trabajo.

8. Consideraciones éticas

De acuerdo a lo establecido en la resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se determinan las normas, científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, así como enmarca la definición de riesgos de investigación; como la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Por lo tanto para el estudio propuesto se considera una investigación sin riesgo, al no realizarse ninguna intervención directa sobre los individuos, también se declara que no existe conflicto de intereses por parte del investigador en la realización del presente trabajo (Ministerio de Salud, 1993).

9. Cronograma de actividades

Nombre de la actividad	Mes del año				
	8	9	10	11	12
Elaboración del anteproyecto	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX		
Corrección del anteproyecto	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX		
Presentación del anteproyecto				XXX	
Recolección de la información				XXXX	
Análisis de la información				XXX	
Elaboración del documento final				XXX	
Presentación del documento final					XXX

10. Presupuesto

	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Fuentes de financiación			Subtotal
				Investigador	Universidad	Clínica	
Servicios personales	Investigador (horas)	190	22000	4180000			4180000
	Asesor (horas)	40	36500		1460000		1460000
	Funcionario clínica	20	12000			240000	240000
Subtotal							5880000
Materiales requeridos	Papel resma	1	13000	13000			13000
	Fotocopias	200	150	30000			30000
	Carpeta	3	5000	15000			15000
	Boligrafo	5	2000	10000			10000
	Portaminas	1	10000	10000			10000
	Repuestos (minas)	2	2500	5000			5000
	Borrador	2	1000	2000			2000
	Regla	1	5000	5000			5000
	Computador	1	2100000	2100000			2100000
	USB	2	30000	60000			60000
	Internet (horas)	100	1500	150000			150000
Subtotal							2400000
Gastos generales	Transportes	30	5000	150000			150000
	Alimentación	30	8500	255000			255000
	Imprevistos	1	300000	300000			300000
Subtotal							705000
Total				7285000	1460000	240000	8985000

11. Bibliografía

- Cadavid Carvajal, E. C., & Morelo Agudelo, M. V. (2020). *Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020*.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/21693/6/CadavidEdison_2021_AnalisisGlosasTaraza#:~:text=En%20la%20ESE%20Hospital%20San,instituci%C3%B3n%20un%20estado%20cr%C3%ADtico%20en
- Cadavid, E., & Morelo, M. (2020). *Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020*.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/21693/6/CadavidEdison_2021_AnalisisGlosasTaraza#:~:text=En%20la%20ESE%20Hospital%20San,instituci%C3%B3n%20un%20estado%20cr%C3%ADtico%20en
- Cadavid, V., Londoño Vanegas, S. I., Marín Orozco, D. Y., & Peña Marulanda, S. P. (2016). *Análisis de las causas de glosas en la especialidad de ortopedia en la ESE hospital San Juan de Dios del municipio de Santa fe de Antioquia en el año 2014*.
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/609/Trabajo%20de%20grado?sequence=1&isAllowed=y>
- Chavarria, T. (2018). Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. *Medicina U.P.B.*, 131-141.
- Clinica Sharon Medical Group. (2019). <https://www.clinicasharonmedicalgroup.com/nuestros-servicios-y-especialidades>
- Constitución Política de la República de Colombia. (1991).
<http://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>
- Cordero, J., Gómez, M., & Torres, A. (2021). *Auditoría de cuentas médicas enfocado al área de facturación de la IPS Osteohealth S.A.S de la ciudad de Montería, Córdoba*.
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/4297/Cordero%20G%C3%B3mez%20Jorge%20Enrique%20G%C3%B3mez%20Gonz%C3%A1lez%20Maurilia%20Torres%20Bedoya%20Alexandra%20In%C3%A9s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- DANE. (10 de 09 de 2022). *DANE Información para todos*.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>
- El Congreso de Colombia. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438 de 2011*.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=41355
- El Congreso de la Republica de Colombia . (23 de Diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993*.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248

- Gonzalez, C., Torres, D., & Cardona, J. (2020). *Estrategias para disminución de glosas en la E.S.E. Hospital Comunal las Malvinas de Florencia-Caquetá*.
<https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/3079/1/CAMILA%20FERNANDA%20GONZALEZ%20MU%C3%91OZ.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. <https://doi.org/ISBN: 978-1-4562-2396-0>
- Jaramillo, A., & Plata, L. (2019). *Análisis de glosas en una E.S.E de pimer nivel de Santander entre en periodo de julio de 2017 a junio de 2018 y formulación de plan de mejoramiento*.
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/1037/1/An%C3%A1lisis%20de%20glosas%20en%20una%20E.S.E%20de%20primer%20nivel%20de%20Santander%20entre%20el%20periodo%20de%20julio%20de%202017%20a%20junio%20de%202018%20y%20formulaci%C3%B3n%20de%20plan%20de%20me>
- Ministerio de la Protección Social. (7 de Diciembre de 2007). *Decreto número 4747 de 2007*.
<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (18 de Febrero de 2009). *Resolución número 416 de 2009*.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200416%20DE%202009.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (14 de Agosto de 2008). *Resolución número 003047 de 2008*.
http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf
- Ordoñez, A. (2015). *Identificación de glosas en la clínica Palmira, durante el segundo semestre del año 2015*.
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/802/%09Identificaci%C3%B3n%20de%20glosas%20en%20la%20cl%C3%ADnica%20Palmira%2C%20durante%20el%20segundo%20semestre%20del%20a%C3%B1o%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parra, M., & Cortés, J. (2019). *Glosas y devoluciones: Impacto financiero, causas y opciones de intervención en la E.S.E. Bellosalud*.
https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4026/8162052_2019.pdf?sequence=5
- Passos, E., Arias Aragonés, F. J., Batista Castillo, A., & Guacarí Villalba, W. (2020). Facturación y cuentas médicas en el sector público: Información contable en un hospital público. *Panorama Económico*, 28(1), 41-56.
- Secretaría de planeación municipal. (2018). *Anuario estadístico municipal. Ibagué 2017-2018*.
<https://cimpp.ibague.gov.co/wp-content/uploads/2019/11/Anuario-Estad%C3%ADstico-Municipal-2018.pdf>
- Yohannessen, K., & Fuentes, M. (2019). Como leer y generar publicaciones científicas. Rol y definición de las variables en una investigación: El protagonismo que se merecen. *Neumología Pediátrica*, 14(3), 122-125.
<https://doi.org/https://doi.org/10.51451/np.v14i4.108>

12. Anexos

Anexo No 1. Instrumento para tabular variables de estudio.

Mes	Entidad	N° Factura	Valor Factura	Valor Glosa	% Glosa	Código GAeneral	Descripción del Código General	Código Especifico	Descripción del código específico

Anexo No 2. Código general y concepto de cada código objeto del trabajo, definido en la resolución 3047 de 2008.

Código	Concepto General
1	Facturación
2	Tarifas
3	Soportes
4	Autorización
5	Cobertura
6	Pertinencia

Tomado de (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Anexo No 3. Código específico y concepto de cada código objeto del trabajo, definido en la resolución 3047 de 2008.

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 |
| 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. |
-

Tomado de (Ministerio de la Protección Social, 2008).