

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

RESOLUCIÓN NÚMERO 0027
(Del 5 de mayo de 2023)

EL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA EN LIQUIDACIÓN.

Identificada con **NIT 899.999.107-9**, en ejercicio de sus facultades legales, especialmente las contenidas en la Resolución No. 2022320030005874-6 del 14 de septiembre de 2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, Decreto- Ley 254 de 2000, el Decreto Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), modificado a su vez por la Ley 510 de 1999, la Ley 1105 de 2006 y el Decreto 2555 de 2010; y demás normas que lo modifiquen, sustituyen o reglamenten; y,

CONSIDERANDO:

1. Que mediante la Resolución No. 2022320030005874-6 del 14 de septiembre de 2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA**, identificada con **NIT 899.999.107-9**.
2. Que el artículo 9º de la citada Resolución No. 2022320030005874-6 calendada el 14 de septiembre de 2022, designó como Agente Especial Liquidador de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA EN LIQUIDACION FORZOSA**, al doctor **HÉCTOR JULIO PRIETO CELY**, identificado con cédula de ciudadanía No 7.225.017 de Duitama.
3. Que el régimen jurídico aplicable a la liquidación de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA EN LIQUIDACION**, identificada con NIT. **899.999.107-9**, es el dispuesto en la resolución No. **2022320030005874-6**, expedida por la Superintendencia de Salud, en concordancia con lo estipulado en el Decreto Ley 254 de 2000, la Ley 1105 de 2006, el Decreto 2555 de 2010, el Decreto Ley 663 de 1993 – Estatuto Orgánico Del Sistema Financiero, así como en el artículo 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006.
4. Que, a su vez, el artículo 23 del Decreto – Ley 254 de 2000, dispone que dentro del término de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha en que se inicie el proceso de liquidación, se emplazará a quienes tengan reclamaciones de cualquier índole contra la entidad en liquidación y a quienes tengan en su poder cualquier título activo de la entidad, para los fines de su devolución y cancelación.
5. Que, dando cumplimiento a lo anterior, se procedió a publicar dos avisos emplazatorios, en el periódico **EL TIEMPO**, diario amplia circulación nacional; el primero el 24 de octubre de 2022 y el segundo el 3 de noviembre de 2022, en los cuales, se informó a los interesados en el proceso liquidatorio, que las fechas de radicación de reclamaciones sería entre el 15 de noviembre de 2022 y el 15 de diciembre de 2022, inclusive; de igual forma, el aviso emplazatorio se publicó en la cartelera de la entidad y en la página web <https://www.convidaenliquidacion.com/>.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACREENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

6. Que, igualmente, en la EMISORA MARIANA que tiene cubrimiento en el departamento de Cundinamarca a través del Real Audio www.wmiaoramariana.org, el domingo treinta (30) de octubre del año dos mil veintidós (2022), trasmitió a las 4:30 pm, lectura radial del AVISO EMPLAZATORIO, donde se convocó a todas las personas naturales o jurídicas, de carácter público o privado, que se consideren con derecho a formular reclamaciones de cualquier índole (incluidos los terceros que consideren que la entidad tiene bienes de su propiedad y deben devolverlos), contra LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN, a fin de que se presenten a radicar su reclamación de manera OPORTUNA con prueba siquiera sumaria de sus créditos, a través de la dirección electrónica: <https://liquidacionconvida.qrssas.com.co> y excepcionalmente; de manera física, en la sede de la entidad, ubicada en la Carrera 58 N° 9-97 Puente Aranda Bogotá D.C., durante el periodo comprendido entre el 15 de noviembre de 2022 al 15 de diciembre de 2022 de lunes a viernes en el horario de (12:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
7. Que por medio de la página web de la entidad <https://www.convidaenliquidacion.com/> también se dio amplia difusión al proceso de radicación, así como la manera en que deberían ser diligenciados los formatos de reclamación a través de la página web de la entidad en liquidación. En igual sentido, se publicó un **MANUAL DE RADICACIÓN WEB** denominado **“GUÍA DE APOYO PARA LA RADICACIÓN DE ACREENCIAS”**, con la finalidad de ilustrar y guiar a todos los acreedores de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN**, identificada con **NIT 899.999.107-9** acerca del proceso liquidatorio y la forma de presentar las acreencias señalando, con exactitud, lo concerniente al periodo de reclamaciones, con la advertencia que los términos, señalados por CONVIDA E.P.S.´S EN LIQUIDACIÓN para la radicación de las acreencias, incluidos sus anexos, eran perentorios y preclusivos.
8. Que en dichos avisos emplazatorios, se difundió el trámite que debían adelantar y agotar los acreedores para efectuar las reclamaciones físicas, a través del diligenciamiento de un formulario único de reclamación de acreencias que ha estado disponible en la página web de la entidad, <https://www.convidaenliquidacion.com/> incluso desde antes de iniciar la fase de presentación de reclamaciones.
9. Que para efectuar la reclamación se podía utilizar un medio físico o electrónico de forma física; para ello, los acreedores debían diligenciar **EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN** que estuvo disponible en la página web de la entidad en liquidación <https://www.convidaenliquidacion.com> acompañado de una relación en **ARCHIVO CSV**, que debía contener, además de otros documentos, por lo menos, el título o documento idóneo, que constituyera la prueba sumaria del concepto a reclamar, según la tipología de la deuda.
En caso de optarse por el medio electrónico para presentar la reclamación, éstas debían ser remitidas o allegadas mediante correo certificado para lo cual el acreedor debía, previamente, haber cumplido con las condiciones explicadas en el numeral anterior.

En el texto del aviso emplazatorio se manifestó que, independientemente del medio utilizado para presentar reclamaciones, se tendrían como oportunas las reclamaciones que, si y solo si, la oficina receptora del envío registrara timbre entre las 8:00 a.m. del día 15 de noviembre de 2022 y antes de las 5:00 p.m. del día 15 de diciembre de 2022; todas

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACREENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

aquellas reclamaciones que se registraran con fecha y hora posterior a la establecida se considerarían como extemporáneas.

10. Que, de igual forma la liquidación habilitó dos direcciones de correo electrónico para resolver las dudas de los acreedores, acerca del proceso liquidatorio, soporte.tecnico.convida@grssas.com.co y orientacionradicacionconvida@grssas.com.co
11. Que el artículo 24 del Decreto Ley 254 de 2000, remite al artículo 9.1.3.2.2 del Decreto 2555 de 2010, para señalar que el término máximo para la presentación de reclamaciones con cargo a la masa de liquidación no podrá ser superior a un (1) mes, el cual deberá ser contado a partir de la publicación del último aviso emplazatorio.
12. Que el literal d) del artículo 6 del Decreto Ley 254 de 2000, prescribe que los jueces de la república que conozcan de procesos ejecutivos deben terminarlos y remitirlos al proceso de liquidación; a su turno y en igual sentido, el artículo 9.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, remite expresamente a los artículos 20 y 70 la ley 1116 de 2006, determinando que todos los procesos ejecutivos que cursan en los despachos judiciales del país deberán terminarse e incorporarse al proceso liquidatorio.
13. Que en cumplimiento de las normas citadas se ofició a los despachos judiciales y a las entidades que adelantaban procesos de jurisdicción coactiva en contra de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN**, solicitando la remisión de los expedientes originales de los procesos ejecutivos que cursaran en contra de **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN**, para acumularlos al proceso de liquidación.
14. Que algunos despachos judiciales del país y entidades oficiadas atendieron de manera oportuna los requerimientos realizados por el liquidador de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN** y en consecuencia hicieron remisión oportuna de los expedientes de los referidos procesos.
15. Que los procesos ejecutivos remitidos por los jueces de la República y las entidades que adelantan procesos de ejecución coactiva en contra de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN**, dentro del término consagrado en los avisos emplazatorios, serán tenidos en cuenta como oportunos por el Agente Especial Liquidador. Así mismo, se relacionarán con valor indeterminado, aquellas reclamaciones allegadas por correspondencia, en las que no aparezca señalada la cuantía del crédito o su determinación requiera efectuar un estudio de fondo de la reclamación, la cual únicamente se realizará en la etapa de calificación y graduación.
16. Que el artículo 9.1.3.2.3 del Decreto 2555 de 2010, establece que, vencido el término para la presentación de reclamaciones, se dará traslado común a todos los interesados por el término de cinco (5) días hábiles, para la presentación de objeciones acompañadas de las pruebas que tuvieran en su poder y desearan hacer valer.

Que, en el período comprendido entre el 15 de noviembre de 2022 al 15 de diciembre de 2022, se presentaron, de forma oportuna, al proceso liquidatorio de la **EMPRESA PROMOTORA DE**

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACREENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN las reclamaciones que se enlistaron en la Resoluciones 055 de 2022 y 026 de 2023,

DE LAS CAUSALES DE RECHAZO DE LAS ACREENCIAS

En aras de la claridad y transparencia en la calificación y graduación de créditos de las reclamaciones presentadas al proceso liquidatario, **LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN** adoptó un catálogo de causales de rechazo integrado por conceptos de tipo administrativo, jurídico, médico y contable, las cuales serán aplicadas según la clase de crédito reclamado de conformidad con los formatos y anexos exigidos publicados en la página web de la entidad <https://www.convidaenliquidacion.com/>. para el proceso de radicación de acreencias.

Frente a la auditoría integral de cuentas, la relación entre prestadores de servicios y pagadores de estos implica por parte del prestador la generación de una serie de documentos soporte para su facturación y trámite. En tal sentido, sucede, que si bien en algunos casos, las cuentas de la entidad en liquidación no coinciden con las que por el mismo concepto tienen los prestadores, lo cual en parte se debe al registro contable de unos y otros, dichas solicitudes son rechazadas, anexando a ellas un soporte documental que indica el motivo del rechazo, soporte que en el concepto jurídico y contable es conocido como “Causal de Rechazo o Glosa”.

De conformidad con todo lo anterior, el Agente Especial Liquidador, en uso de las facultades conferidas por el ordenamiento legal, aplicará al momento de calificar y graduar las acreencias presentadas al proceso de liquidación de la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN**, de ser el caso, las siguientes causales de rechazo:

CAUSALES DE RECHAZO		
JURÍDICA	CÓDIGO	NORMA
LEGITIMIDAD		
FALTA DE PRUEBA DE LA CALIDAD DE ACREEDOR/INDEBIDA REPRESENTACIÓN DEL RECLAMANTE:	1.1	Artículo 53 Código General del Proceso. Artículo 117 del Código de Comercio.
INEXISTENCIA DEL ACREEDOR EN LA LIQUIDACION:	1.2	Artículo 53 Código General del Proceso.
NO RATIFICO CALIDAD DE AGENTE OFICIOSO:	1.3	Artículo 2304, 2305, 2306,2307 Código Civil, Artículo 57 del Código General del Proceso.
NO SE ACREDITO LA CALIDAD DE APODERADO:	1.4	Artículo 73, 74, 75 y 77 del Código General del Proceso. Artículo 2142 del Código Civil.
SIMULTANEIDAD DE APODERADOS PARA UNA MISMA RECLAMACION:	1.5	Artículo 75, parágrafo 3° del Código General del Proceso.
DE LA CUANTIA		
INDETERMINACION DE LA CUANTIA	1.6	Artículo 26 del Código General del Proceso – Artículo 623 Código de Comercio
SOPORTES INSUFICIENTES:	1.7	Artículo 167 del Código General del Proceso, Resolución 3047 de 2008 y sus anexos aplicables, Decreto 4747 de 2007, Resolución 4331 de 2012.
CARENCIA DE REQUISITOS ESENCIALES EN EL SOPORTE:	1.8	Artículo 167 del Código General del Proceso.
MÁS DE UNA RECLAMACION: DE LAS OBLIGACIONES	1.9	9.1.3.2.1. del Decreto 2555 de 2010. Literal B.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

OBLIGACIONES CAUSADAS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DEL PROCESO LIQUIDATORIO	1.10	
OBLIGACION INEXISTENTE	1.11	Artículo 167 Código General del Proceso
EXTINCIÓN DE LA RECLAMACION	1.12	Artículo 1625 del Código Civil.
FALTA DE COMPETENCIA DEL AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR	1.13	Artículo 100 del Código General del Proceso. N° primero
DE LA PRESCRIPCIÓN (TECNICA JURIDICA)		
PRESCRIPCIÓN EN LOS SOPORTES	1.14	Artículo 2512 del Código Civil.
CADUCIDAD	1.15	Artículo 2512 del Código Civil.
DE LOS PROCESOS EJECUTIVOS Y DECLARATIVOS		
EL TÍTULO EJECUTIVO APORTADO NO CUMPLE CON LAS FORMALIDADES LEGALES	1.16	Artículo 621 del Código de Comercio.
EL TÍTULO EJECUTIVO ORIGINAL NO SE APORTO:	1.17	Artículo 167 del Código General del Proceso. Parágrafo segundo.
EL DOCUMENTO NO PRESTA MERITO EJECUTIVO	1.18	Artículo 422 del Código General del Proceso.
RECLAMACION CON PLEITO PENDIENTE	1.19	Artículo 100 del Código General del Proceso. Numeral octavo.
FALTA DE CAPACIDAD PARA OBRAR EN LA RECLAMACION	1.20	Artículo 100 del Código General del Proceso. Numeral cuarto. Ley 1996 de 2019.
FALTA DE ACUMULACION DE PROCESOS A LA LIQUIDACION	1.21	Artículo 9.1.1.1.1. del Decreto 2555 de 2010. Numeral uno, literal d.
FALTA DE PIEZAS PROCESALES EN LOS PROCESOS EJECUTIVOS INCORPORADOS	1.22	Artículo 9.1.1.1.1. del Decreto 2555 de 2010. Numeral uno, literal d. Artículo 114 del Código General del Proceso. Numeral quinto.
LA CESION PRESENTADA EN LA RECLAMACION NO CUMPLE LOS REQUISITOS ESENCIALES	1.23	Título XXV. Artículo 1959 a 1966 del Código Civil.
DUDA Y FALTA DE VALIDEZ EN LA RECLAMACION PRESENTADA	1.24	Artículo 621 del Código de Comercio. Numeral primero. Artículo 9.1.3.2.4 del Decreto 2555 de 2010. Parágrafo del numeral quinto.
(TECNICA JURIDICA)		
INDEBIDA RECLAMACION DE INTERESES	1.25	Artículo 884 del Código de Comercio. Artículo 9.1.3.2.8 del Decreto 2555 de 2010. Artículo 1616 – Parágrafo N°2 Código Civil
MAYOR VALOR COBRADO EN LA RECLAMACION	1.26	Artículo 82 Números 4, 7 y 9 del Código General del Proceso.
DE LAS LABORALES		
LA RECLAMACION PRESENTADA NO CUMPLE LOS REQUISITOS DEL CONTRATO DE TRABAJO	1.27	Artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo. Numeral 1 y 2, literales A – B - C
LA RECLAMACION LABORAL PRESENTADA AL PROCESO LIQUIDATORIO ESTA CONCILIADA/TRANSAD	1.28	Artículo 303 del Código General del Proceso. Artículo 3 de la Ley 640 de 2001.
LA RECLAMACION LABORAL PRESENTADA SE EXTINGUIÓ POR FINALIZACIÓN LEGAL DEL VINCULO LABORAL	1.29	Artículo 61, 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo.
RECLAMACION LABORAL PRESENTADA POR TRABAJADOR ACTIVO	1.30	
DE LAS FISCALES		
DEVOLUCION DE GRAVAMEN RECLAMADO.	1.31	No procede la devolución de gravamen reclamado y por ende debe reclamarle a la Autoridad Administrativa correspondiente.
SUJETO NO PASIVO DE LO RECLAMADO.	1.32	Artículo 1634 y 1757 del Código Civil. Artículo 15 y 19 del Estatuto Tributario Decreto 624 de 1989.
PAGO TOTAL DEL GRAVAMEN.	1.33	Artículo 1625 y 1626 del Código Civil.
PAGO PARCIAL DEL GRAVAMEN.	1.34	Artículo 9.1.3.2.4 del Decreto 2555 de 2010. Parágrafo del numeral quinto.
FINANCIERA (DE LOS PAGOS)		
PAGO TOTAL DEL TITULO.	1.35	Artículo 51, 53 y 55 del Código de Comercio. Decreto 2649 de 1993. Artículo 123.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACREENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

PAGO PARCIAL DEL TITULO.	1.36	Artículo 51, 53 y 55 del Código de Comercio. Decreto 2649 de 1993. Artículo 123.
DEDUCCION POR CONCEPTO DE RETENCION.	1.37	Artículo 367 y 368 del Decreto Ley 624 de 1989. Decreto 663 de 1993.
EL TITULO RECLAMADO PRESENTA ANTICIPOS.	1.38	Decreto 4747 de 2007
NOTA DEBITO O CREDITO SOBRE EL TITULO.	1.39	Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015.
EL TITULO RECLAMADO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN RESOLUCIONES DE PAGOS, AVALES O EMBARGOS REALIZADOS.	1.40	
EL RECLAMANTE REGISTRA ANTICIPOS, LOS CUALES DEBEN SER DESCONTADOS DEL VALOR A RECONOCER, DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O ACTAS DE LIQUIDACION.	1.41	
EL TITULO RECLAMADO PRESENTA PAGOS SIN SITUACIONES DE FONDOS.	1.42	Cuando una IPS reclama facturas que pertenecen al régimen Subsidiado
EL TITULO RECLAMADO PRESENTA CRUCES DE CUENTAS Y CESIONES DE CREDITO.	1.43	Artículo 1959 del Código Civil
TITULOS EMITIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DEL PROCESO LIQUIDATORIO.	1.44	
PRESCRIPCION DEL TITULO RECLAMADO.	1.45	Artículo 789 del Código Civil
INTERESES MORATORIOS.	1.46	Artículo 1616 – Código Civil
MAYOR VALOR COBRADO.	1.47	

TECNICAS EN SALUD	CODIGO	FUNDAMENTOS DE DERECHO
ADMINISTRATIVAS/ LICENCIAS E INCAPACIDADES		MARCO NORMATIVO
INCAPACIDAD CUYO VALOR ES SUPERIOR AL 66,67% DEL IBC PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL DÍA 3 O 4 (SEGÚN SEA EL CASO) Y EL DÍA 90	1.48	Decreto 047 de 2000. Artículo 3. Numeral 2.
INCAPACIDAD CUYO VALOR ES SUPERIOR AL 50 % DEL INGRESO BASE DE COTIZACION (IBC) PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL DÍA 91 Y EL DÍA 180. (INCLUIDA NUEVAMENTE)	1.49	Decreto 2463 DE 2001
EMPLEADOR O INDEPENDIENTE EN MORA DURANTE LA INCAPACIDAD.	1.50	- Decreto 1804 de 1999. Artículo 21, parágrafo 1.
PROFESIONAL NO AUTORIZADO PARA EXPEDIR INCAPACIDADES	1.51	ART 2.7.2.1.2.2 DECRETO 2438 DE 2018
CONDUCTA ABUSIVA O DE MALA FE DEL ACREEDOR	1.52	- Artículo 51 de la Ley 23 de 1981 - Artículo 83 Constitución Política Decreto 19 de 2012 – Capítulo N° 1
LICENCIA DE PATERNIDAD NO CUMPLE PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN.	1.53	Artículo 2 Ley 2114 de 2021 (Modifica Art 236 C.S.T.)
MORA EN APORTES	1.54	-Decreto 806 de 1998. Artículo 8 - 80. Decreto 1804 de 1999. Artículo 21. -Decreto 2354 de 2015 Artículo 71 parágrafo N°5. Decreto 1427 de 2022
AUSENCIA DE DOCUMENTOS LEGALES QUE CONVALIDEN EL DERECHO A LA LICENCIA.	1.55	Artículo 167 del Código General del Proceso.
REQUIERE HISTORIA CLÍNICA QUE SOPORTE LA ATENCIÓN	1.56	Artículo 167 del Código General del Proceso.
PRESCRIPCIÓN INCAPACIDAD O LICENCIA,	1.57	Ley 1438 de 2011. Artículo 28.
LICENCIA DE MATERNIDAD NO CUMPLE PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN	1.58	Decreto 047 de 2000. Artículo 3. Numeral 2
LICENCIA DE PATERNIDAD - SOLICITUD PERDIÓ VIGENCIA	1.59	Artículo 2 Ley 2114 de 2021 (Modifica Art 236 C.S.T.)
INCAPACIDAD INICIAL MENOR A 2 DIAS	1.60	Resolución 780 de 2016 artículo 3.2.1.10 parágrafo N° 1

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TECNICAS EN SALUD	CODIGO	FUNDAMENTOS DE DERECHO
ADMINISTRATIVAS/ LICENCIAS E INCAPACIDADES		MARCO NORMATIVO
NO TIENE APORTES EN LAS 4 SEMANAS ANTERIORES	1.61	Decreto 047 de 2000 Artículo 3 N°1 (Modificado por Decreto 783 del 2000 Art. 9)
AFILIADO PENSIONADO.	1.62	Decreto 806 de 1998 articulo 28
ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL, PRESTACIÓN ECONÓMICA A CARGO DE LA ARL.	1.63	Decreto 1072 de 2015 articulo 2.2.4.2.1.7 parágrafo N°6
APORTES EXTEMPORÁNEOS. (LICENCIA DE MATERNIDAD)	1.64	Decreto 1427 de 2022 Artículo 2.2.3.2.1
INCAPACIDAD MAYOR A 180 DÍAS.	1.65	Artículo 61 Decreto 1352 de 2013. (ART 227 DE CST
RECLAMANTE SIN AFILIACIÓN O SIN EMPLEADOR	1.66	227 DE CST ART 56 DEC 1298 DEL 1994
SE EVIDENCIA QUE EL RECLAMANTE ES BENEFICIARIO Y NO COTIZANTE.	1.67	
INCAPACIDAD NO TRANSCRITA.	1.68	ART 256 LEY 100 SENTENCIA T404 DE 2010
TECNICAS EN SALUD	CODIGO	FUNDAMENTOS DE DERECHO
ADMINISTRATIVAS/REEMBOLSOS MEDICOS		
EXTEMPORANEIDAD.	1.69	Resolución 5261 de 1994. Artículo 14.
PROFESIONAL NO REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEFINIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DEL TALENTO HUMANO EN SALUD – RETHUS.	1.70	Decreto 2106 de 2019 - Artículo 100.
NO APORTA DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS.	1.71	Resolución 5261 de 1994. Artículo 14.
MAYOR VALOR COBRADO.	1.72	Decreto 2423 de 1996. Acuerdo 256 de 2001.
NO EVIDENCIA LA REALIZACIÓN DEL TRÁMITE ADMINISTRATIVO POR PARTE DEL RECLAMANTE.	1.73	Resolución 5261 de 1994. Artículo 14.
INCAPACIDAD SUPERIOR A 30 DIAS	1.74	Artículo 13. Resolución. 2266 de 1998
SALARIO DE EVENTO INFERIOR A SALARIO LEGAL	1.75	Decreto 806 de 1998 Artículo 65
INCAPACIDAD TRASLAPADA	1.76	
AISLAMIENTO PREVENTIVO (COVID 19)	1.77	Articulo 2 Resolución 385 de 2020
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD CON VIGENCIA RETROACTIVA	1.78	Art. 2.2.3.3.4. Decreto. 1427 de 2022
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD CON VIGENCIA PROSPECTIVA	1.79	Art. 2.2.3.3.5. Decreto. 1427 de 2022
USUARIO CON SUBSIDIO AL DESEMPLEO	1.80	Art. 2.2.3.3.9 Decreto 780 de 2016
RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDAD NO TRANSMISIBLE	1.81	Concepto 198725 10 de septiembre de 2012
CERTIFICADO DE LICENCIA DE MATERNIDAD	1.82	Art. 2.2.3.4.1. Decreto 1427 de 2022
CERIFICADO DE INCAPACIDAD	1.83	Art. 2.2.3.3.2. Decreto 1427 de 2022
TECNICAS EN SALUD	CODIGO	FUNDAMENTOS DE DERECHO
ADMINISTRATIVAS/ DEVOLUCION DE APORTES		
NO PRESENTA CERTIFICACIÓN DE MORA O CONSTANCIA DE PAZ Y SALVO DE LA EPS A LA QUE EL APORTANTE DEBÍA GIRAR LOS APORTES Y/O CERTIFICADO DE APORTES DE ESTA.	1.84	Decreto 4023 de 2011. Artículo 12.
APORTE YA DEVUELTO	1.85	
APORTE NO REGISTRA EN BASE DE DATOS.	1.86	
NO APLICA RECLAMACIÓN POR OTRAS ADMINISTRADORAS (ARL, CCF Y AFP).	1.87	
PERIODO YA PRESCRITO.	1.88	Decreto 019 de 2012

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TECNICAS EN SALUD	CODIGO	FUNDAMENTOS DE DERECHO
ADMINISTRATIVAS/ LICENCIAS E INCAPACIDADES		MARCO NORMATIVO
NO APLICA DEVOLUCIÓN POR FECHA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	1.89	
NO APLICA RECLAMACIÓN POR AFILIACIÓN VIGENTE.	1.90	
PAGO YA REALIZADO.	1.91	
CORRECCION DE COMPENSACION	1.92	Art. 2.6.1.1.2.9. Decreto 780 de 2016
TECNICAS EN SALUD	CODIGO	FUNDAMENTOS DE DERECHO
ADMINISTRATIVOS - DE OPERACION		
AUSENCIA DE SOPORTES.	1.93	Artículo 167 del Código General del Proceso
SIN CONSTANCIA DE RECIBIDO.	1.94	Artículo 167 del Código General del Proceso.
INEXISTENCIA DE REGISTRO DEL BIEN O PROPIEDAD RECLAMADA EN LA ENTIDAD.	1.95	Decreto 2555 de 2010. Artículo 9.1.3.3.1. y SS.
BIENES REINTEGRADOS AL RECLAMANTE	1.96	Artículo 167 del Código General del Proceso.
CUMPLIMIENTO PARCIAL DEL OBJETO CONTRACTUAL O SERVICIO SOLICITADO.	1.97	Artículo 167 del Código General del Proceso.
SERVICIO PÚBLICO NO PRESTADO.	1.98	Ley 142 de 1994.
INEXISTENCIA CONTRACTUAL.	1.99	Artículo 167 del Código General del Proceso.
BIENES RECLAMADOS PERTENECEN A LA ENTIDAD	2.0	Decreto 2555 de 2010. Artículo 9.1.3.3.1. y SS. Artículo 167 del Código General del Proceso.
CAUSAL DE RECHAZO ESPECIFICA	2.1	
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	3.2	
PROVIDENCIAS NO EJECUTORIADAS	6.6	
PROCESO EJECUTIVO INCOMPLETO	6.14	

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando os conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros) También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidades pactadas en el Contrato por capitación.		
100	SIN APORTES DURANTE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD	Resolución 780 de 2016 articulo 3.2.1.10 parágrafo N° 1
101	ESTANCIA	Aplica cuando: 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene Relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
102	CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	Aplica cuando: 1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos postquirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
103	HONORARIOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
104	HONORARIOS DE OTROS PROFESIONALES	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
105	DERECHOS DE SALA	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	MATERIALES	<p>Aplica cuando</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de caros y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	MEDICAMENTOS	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
108	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	<p>Aplica cuando</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
109	ATENCIÓN INTEGRAL (CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO)	<p>Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.</p>
110	SERVICIO O INSUMO INCLUIDO EN PAQUETE:	<p>Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado.</p>

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
111	SERVICIO O INSUMO INCLUIDO EN ESTANCIA O DERECHOS DE SALA	Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
112	FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS	Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	FACTURAR POR SEPARADO POR TIPO DE RECOBRO (CTC, ATEP, TUTELAS)	Aplica cuando: el prestador en una misma factura registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.
114	ERROR EN SUMA DE CONCEPTOS FACTURADOS:	Aplica cuando: la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.
115	DATOS INSUFICIENTES DEL USUARIO:	Aplica cuando: el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
116	USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE:	Aplica cuando: la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
117	USUARIO RETIRADO O MOROSO	Aplica cuando: en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
119	ERROR EN DESCUENTO PACTADO:	Aplica cuando: hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
120	RECIBO DE PAGO COMPARTIDO:	Aplica cuando: 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.
122	PRESCRIPCIÓN DENTRO DE LOS TÉRMINOS LEGALES O PACTADOS ENTRE LAS PARTES	Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	Aplica cuando:

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
		1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	FALTA FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	Aplica cuando: La factura no tiene la firma del prestador.
125	EXAMEN O ACTIVIDAD PERTENECE A DETECCIÓN TEMPRANA O PROTECCIÓN ESPECIFICA	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
126	USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A CAPITACIÓN	Aplica cuando: se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	Aplica cuando: se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	ORDEN CANCELADA AL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	Aplica cuando: el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
151	RECOBRO EN CONTRATO DE CAPITACIÓN POR SERVICIOS PRESTADOS POR OTRO PRESTADOR	Aplica cuando: se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que, por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	DISMINUCIÓN EN EL NÚMERO DE PERSONAS INCLUIDAS EN LA CAPITACIÓN	Aplica cuando: el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	INCUMPLIMIENTO EN LAS METAS PACTADAS EN COBERTURA, RESOLUTIVIDAD Y OPORTUNIDAD	Aplica cuando: el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.
CUENTAS MÉDICAS / TARIFAS		
Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.		
201	ESTANCIA	Aplica cuando: el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
202	CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	Aplica cuando: el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	HONORARIOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura,

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
		presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
204	HONORARIOS DE OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES	Aplica cuando: los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	DERECHOS DE SALA	Aplica cuando: los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	MATERIALES	Aplica cuando: los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	MEDICAMENTOS	Aplica cuando: los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Aplica cuando: los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	ATENCIÓN INTEGRAL (CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO)	Aplica cuando: el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	Aplica cuando: los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
229	RECARGOS NO PACTADOS	Aplica cuando: en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.
CUENTAS MEDICAS / SOPORTES		
Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.		
301	ESTANCIA	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
302	CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	HONORARIOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS	Aplica cuando: 1.Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2.Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
304	HONORARIOS DE OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES	Aplica cuando: Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
306	MATERIALES	Aplica cuando: en la descripción quirúrgica no se registran los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico.
307	MEDICAMENTOS	Aplica cuando: Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
308	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Aplica cuando: Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	ATENCIÓN INTEGRAL (CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO)	Aplica cuando: Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	RECIBO DE PAGO COMPARTIDO	Aplica cuando: 1. Se le esté cobrando el 100% de la factura. 2. No se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331	BONOS O VAUCHERS SIN FIRMA DEL PACIENTE, CON ENMENDADURAS O TACHONES	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	DETALLE DE CARGOS	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
333	COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	FOTMATO ATEP	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	COPIA DE LA FACTURA O DETALLE DE CARGOS PARA EXCEDENTES DE SOAT	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	ORDEN O FÓRMULA MEDICA	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
338	HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado
339	COMPROBANTE DEL RECIBO DEL USUARIO	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	REGISTRO DE ANESTESIA	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	DESCRIPCION QUIRURGICA	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
342	LISTA DE PRECIOS	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información
CUENTAS MÉDICAS / AUTORIZACIONES		
<p>Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.</p>		
401	ESTACNCIA	Aplica cuando: 1.El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2.El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402	CONSULTAS. INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	Aplica cuando: la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
403	AUTORIZACION HONORARIOS MEDICOS 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.
406	MATERIALES	Aplica cuando: los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de La factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Aplica cuando: las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	Aplica cuando: el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	Aplica cuando: existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución. No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
438	TRASLADO	Aplica cuando: El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. No aplica en caso de traslados de urgencias.
443	ORDEN O AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS VENCIDA	Aplica cuando: 1.La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2.La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
444	PROFESIONAL QUE ORDENA NO ADSCRITO	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.
CUENTAS MÉDICAS / COBERTURA		
Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el Respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad o no haber agotado o superado los topes.		
501	ESTANCIA	Aplica cuando: el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
502	CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	Aplica cuando: la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	MATERIALES	Aplica cuando: los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	MEDICAMENTOS	Aplica cuando: los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Aplica cuando: las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	Aplica cuando: en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	Aplica cuando: se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	SERVICIO NO PACTADO	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes
546	COBERTURA SIN AGOTAR POLIZA DE SOAT	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.
CUENTAS MEDICAS / PERTINENCIA		
Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la anacrítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o para médica relacionada con la atención prestada.		
601	ESTANCIA	Aplica cuando: el cargo por estancia sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACRENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
602	CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	Aplica cuando: el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	HONORARIOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS	Aplica cuando: 1.Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2.Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	HONORARIOS DE OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES	Aplica cuando: los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
605	DERECHOS DE SALA	Aplica cuando: los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	MATERIALES	Aplica cuando: los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	MEDICAMENTOS	Aplica cuando: los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
608	AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Aplica cuando: los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623	PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	Aplica cuando: los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	URGENCIA NO PERTINENTE	Aplica cuando: los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.
CUENTAS MEDICAS / DEVOLUCIONES		
Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas.		
816	USUARIO O SERVICIOS CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817	USUARIO RETIRADO O MOROSO	Aplica cuando: la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	AUTORIZACIÓN PRINCIPAL NO EXISTE O NO CORRESPONDE AL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	Aplica cuando: se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACREENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

TÉCNICAS EN SALUD		
N.º GLOSA	RESOLUCIÓN 3047 de 2008 ANEXO TÉCNICO No 6.	DESCRIPCIÓN
CUENTAS MEDICAS / FACTURACIÓN		
		soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
822	RESPUESTA A GLOSA O DEVOLUCIÓN EXTEMPORÁNEA	Aplica cuando: la respuesta a la glosa se presenta por fuera de los términos legales
834	RESUMEN DE EGRESO O EPICRISIS, HOJA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS U ODONTOGRAMA	Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa la odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente
844	PROFESIONAL QUE ORDENA NO ADSCRITO	Aplica cuando: el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias
847	FALTA SOPORTE DE JUSTIFICACIÓN PARA RECOBROS (CTC, TUTELAS, ARP)	Aplica cuando: no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	INFORME ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	Aplica cuando: la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
849	FACTURA NO CUMPLE REQUISITOS LEGALES	Aplica cuando: la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales
850	FACTURA YA CANCELADA	Aplica cuando: la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago
CUENTAS MEDICAS / RESPUESTA A GLOSAS Y DEVOLUCIONES		
Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.		
996	GLOSA O DEVOLUCIÓN INJUSTIFICADA	Aplica cuando: el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	NO SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN TOTALMENTE ACEPTADA)	Aplica cuando: el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	SUBSANADA PARCIAL (GLOSA O DEVOLUCIÓN PARCIALMENTE ACEPTADA)	Aplica cuando: el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCIÓN NO ACEPTADA)	Aplica cuando: el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

Que, en mérito de lo expuesto,

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CATÁLOGO DE CAUSALES DE RECHAZO INTEGRADO POR CONCEPTOS DE TIPO ADMINISTRATIVO, JURÍDICO, MÉDICO Y CONTABLE, QUE SERÁN APLICADAS SEGÚN LA CLASE DE CRÉDITO RECLAMADO DE CONFORMIDAD CON LOS FORMATOS Y ANEXOS EXIGIDOS PUBLICADOS EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD PARA EL PROCESO DE RADICACIÓN DE ACREENCIAS DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS’S CONVIDA, EN LIQUIDACIÓN.”

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Dar a conocer a los acreedores y demás interesados el catálogo de causales de rechazo integrado por conceptos de tipo administrativo, jurídico, de auditoría de cuentas médicas y contable, que serán aplicadas, según la clase de crédito reclamado, de conformidad con los formatos y anexos exigidos publicados en la página web de la entidad <https://www.convidaenliquidacion.com/> para el proceso de radicación de acreencias detalladas en la parte considerativa de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO: Comunicar la presente Resolución en la página web institucional <https://www.convidaenliquidacion.com/> conforme el artículo 73 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo contencioso administrativo

ARTICULO TERCERO: Contra esta Resolución NO procede ningún recurso conforme lo señalado en el artículo 75 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en el inciso 2 del numeral 2 del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Dado en Bogotá D. C., el cinco (5) de mayo de 2023.

HÉCTOR JULIO PRIETO CELY
ORIGINAL FIRMADO
AGENTE ESPECIAL LIQUIDADOR
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS’S CONVIDA- EN
LIQUIDACIÓN.