

Manual de Facturación y Presentación de Cuentas

Nuevo Modelo de Remuneración

Pago Integral por red, por actividad final con incentivos de desempeño



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

SECRETARÍA DE SALUD

**Anexo Manual de Facturación y Presentación de Cuentas
Nuevo Modelo de Remuneración
Pago Integral por red, por actividad final con incentivos de desempeño**

MARCO NORMATIVO

LEY 100 DE 1993 (23 de diciembre): Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN No. 5261 DE 1994 (5 de agosto): Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

LEY 1438 de 2011 (19 de enero): Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

LEY NÚMERO 1122 DE 2007 (9 de enero) Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

DECRETO NÚMERO 4747 DE 2007 (7 de diciembre): Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN NÚMERO 3047 DE 2008 (14 de agosto): Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007 y sus anexos técnicos del 1 al 6.

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 (16 de febrero): Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 5592 DE 2015 (24 de diciembre): Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN NÚMERO 4505 DE 2012 (28 de diciembre): Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

CIRCULAR 30 DE 2013 (2 de diciembre) del Ministerio de Salud. Por el cual se establecen los procedimientos de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros.

INTRODUCCIÓN

En el presente anexo se encuentra la información necesaria para realizar la presentación de las cuentas mensuales entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE y Capital Salud.

1. PRESENTACIÓN DE LA FACTURA, CERTIFICACIÓN Y PAGOS

1.1 Presentación de la factura a Capital Salud y al Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), por parte de las Subredes, producto de los contratos para la atención de los afiliados del régimen subsidiado de Capital Salud.

1. Actividades del procedimiento de facturación

- La Subred debe facturar mensualmente las actividades finales efectivamente realizadas y garantizar el registro de la totalidad de las mismas para iniciar el trámite de certificación y pago. Se realizará giro directo sobre el 80% del valor facturado, dejando el 20% restante como reserva de objeciones.

Solo en casos excepcionales, debidamente justificados, la Subred podrá realizar y presentar facturas adicionales por actividades finales no facturadas en meses anteriores, previa autorización por escrito de Capital Salud y el FFDS.

- La Subred debe realizar proceso de consolidación de la producción del periodo a facturar (expedición de RIPS y Anexo No. 4).
- El responsable de preparar la factura en la Subred debe expresar la producción realizada en términos de las diferentes tipologías de las

actividades finales a facturar, mediante la utilización de pivotes de la nueva forma de remuneración.

- La Subred, mediante la utilización del Anexo No. 2, debe detallar y cuantificar la totalidad de las actividades finales realizadas, así como el valor a facturar, sin incluir el valor del copago.
- El responsable de preparar la factura en la Subred debe consolidar en el Anexo No. 1 la información de las actividades finales a facturar del periodo. En el mencionado anexo se debe registrar en cada tipología la cantidad de actividades a facturar, así como también el valor a facturar sin incluir el copago. Esta información tiene que ser exactamente igual en los totales de la información reportada en el Anexo No. 2.

2. Productos del procedimiento de facturación

Dentro de los primeros diez (10) días calendario siguientes al mes objeto de facturación de las actividades, la Subred debe radicar la factura ante Capital Salud y el FFDS en la dirección electrónica que ellos determinen (Salud digital), para ello es necesario utilizar el Formato 1 e incluir los siguientes productos:

- a) Factura original digital, RIPS, Anexo No. 4 (el mismo que se utiliza actualmente del FFDS) y certificación de “cargue” en la plataforma de los RIPS del mes objeto de cobro, todo firmado digitalmente. Los anexos clínicos que exige la Resolución 3047 se encuentran en la historia clínica digital a la cual tienen acceso, a través de la nube, Capital Salud y el FFDS. Los soportes administrativos (Anexos técnicos No. 2 y 3) que hacen parte de la misma Resolución deberán ser incluidos como archivos adjuntos en archivo digital para la respectiva revisión y convalidación de la EPS, cumpliendo la periodicidad descrita en la Resolución 3047.

- b) Base de datos de afiliación de los usuarios de Capital Salud y del Fondo, que debe ser entregada a las Subredes mensualmente y con tres días hábiles antes de iniciar el mes.
- c) Cuadro discriminando las tipologías de actividades finales realizadas (cantidad) y el valor a facturar de cada una de las mismas, en medio magnético (Anexo No. 2).
- d) Historia clínica que soporta todas y cada una de las atenciones brindadas, debe estar actualizada y disponible en el sistema de información ya que hace parte integral de la cuenta radicada y es sujeto de auditoría.

La factura que sea presentada para validación debe cumplir todos los requisitos solicitados en la malla validadora (en proceso), de lo contrario será devuelta sin tramitar, máximo a los dos (2) días hábiles siguientes de ser recibida y validada.

3. Características de los productos de facturación

3.3. Formato de la factura

La factura que presente la Subred ante Capital Salud y el Fondo debe contar con los requisitos exigidos por la normatividad vigente (Artículo 617 del Estatuto Tributario), así:

- a. Estar denominada expresamente como factura de venta.
- b. Apellidos y nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
- c. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
- d. Fecha de su expedición.
- e. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.
- f. Valor total de la operación.

g. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.

Además de lo que contempla el Estatuto Tributario, la factura debe cumplir con lo siguiente:

- a) Ser la original
- b) Especificar el número de contrato con cargo al cual se factura.
- c) Especificar la vigencia de los recursos facturados.
- d) Indicar si es factura inicial o factura adicional extemporánea.
- e) Radicarse en medio magnético.

Si la factura NO cuenta con alguno de los requisitos anteriormente expuestos, la misma se dará como no presentada a Capital Salud y/o al Fondo Financiero Distrital de Salud.

4. Validación de la factura y los soportes

- Una vez Capital Salud y el FFDS reciban la factura, los soportes y formatos digitalmente se procederá a verificar su consistencia y posteriormente se iniciará el trámite para la expedición de certificación de pago de manera digital.

En caso de que la Subred no radique la totalidad de los soportes o si se detectan errores o inconsistencias en los datos reportados en los diversos soportes, se comunicará vía correo electrónico la necesidad de ajustar la cuenta o alguno de sus soportes, para lo cual tendrán un plazo de dos (2) días con el fin de evitar devolver la factura, de lo contrario, la factura será devuelta digitalmente.

Para las actividades oncología y gran quemado se facturará a tarifa SOAT menos el 25% de las actividades realizadas, las cuales deben incluir la información detallada de todas las actividades, los procedimientos e intervenciones realizadas en el mes objeto de la facturación para estos servicios. Igualmente, para el

material de osteosíntesis y material de cirugía cardiovascular se debe facturar a valor de compra de dichos elementos.

1.2 CERTIFICACIÓN DE PAGO DE LAS CUENTAS PRESENTADAS

La Dirección Financiera de Capital Salud y del Fondo será responsable de elaborar la certificación de pago de las facturas mensuales presentadas por las Subredes.

La factura presentada por las Subredes que cumpla todos los requisitos contractuales, será certificada para pago mediante giro directo menos un porcentaje de reserva glosa inicial, teniendo como punto de partida el histórico de glosa definitiva que se tenga en cada una de las Subredes y menos un porcentaje a definir por concepto de incentivos en el cumplimiento de costos, producción e indicadores de calidad en la atención e impacto en la salud pública.

Los anteriores porcentajes, así como el giro total, se definirán de forma trimestral una vez las Subredes presenten la información de costos, producción e indicadores en los formatos destinados para tal fin; la certificación de glosa definitiva expedida por la firma auditora o quien haga sus veces no debe superar los cuarenta y cinco días calendario, momento en el que se certificará el pago del levantamiento de la reserva de glosa presentada por la Subred. Se estima que el porcentaje pendiente por concepto de giro directo es un 20%; cinco por ciento (5%) corresponde a reserva de glosa y quince por ciento (15%) a cumplimiento de sendas de costos y producción, así como también de cumplimiento en indicadores de calidad e impacto.

1.3 CONDICIONES, PLAZOS Y REQUISITOS

Los valores estimados del Anexo 1 se ajustarán de manera automática cada año con base en los análisis de sendas efectuados a las Subredes, considerando que las tarifas

iniciales fueron calculadas con los costos de la vigencia 2015 y ajustadas al IPC antes del proceso de Subredes y por lo tanto el cargo administrativo va a tener una tendencia a disminuir por la fusión en las cuatro Subredes, por la entrada en operación de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT) y por la estandarización de procesos administrativos.

Los valores mensuales a presentar para facturación a Capital Salud y al Fondo en los formatos 1 y 2 deben incluir todos los servicios contratados, es decir, únicamente se presentará un formato 1 y un formato 2 por mes, los que se entreguen a las Subredes (en medio magnético) no deben ser modificados, es decir, no incluir o eliminar filas o columnas y debe diligenciarse solamente lo que está contratado; lo anterior, con el fin de proceder a consolidar en un archivo Excel la información por Subred, para conocer el comportamiento por períodos (trimestre, semestre, etc.). Los datos obtenidos del formato 2 de la factura servirán para obtener información oportuna de las actividades efectivamente prestadas y permitirá obtener estadísticas, de acuerdo con las necesidades.

Capital Salud y el Fondo no autorizarán la presentación, revisión y reconocimiento de facturas que correspondan a semanas o meses ya auditados. Si por caso fortuito o fuerza mayor se generan con cargo al contrato cobros adicionales extemporáneos de los cuales las Subredes no tuvieron conocimiento en forma oportuna, esta debe solicitar a la Dirección Financiera de Capital Salud y del Fondo, mediante radicado, “autorización de presentación adicional extemporánea de facturación”, con una periodicidad trimestral¹, únicamente en los 10 días siguientes del vencimiento del trimestre. Dicho documento debe presentarse en los formatos establecidos (1 y 2) y hacer referencia a FACTURA ADICIONAL EXTEMPORÁNEA. De igual forma, debe estar acompañada de todos y cada uno de los requisitos de la factura inicial e incluir la autorización por escrito de Capital Salud y del Fondo, con la justificación técnica especificando el motivo por el cual no se entregó la facturación a tiempo, esta situación no podrá ser reiterada.

¹ Los trimestres son 4 en el año, así: enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre, octubre a diciembre de cada vigencia.

Las facturas adicionales extemporáneas que surjan después de finalizado el contrato, solamente se podrán presentar ante Capital Salud - FFDS, como máximo dos meses después de la finalización del mismo, sin que esto implique que sean autorizadas para auditoría y posterior pago.

NOTA: La factura adicional extemporánea que sea presentada sin la totalidad de los requisitos será devuelta sin tramitar y será considerada como no presentada.

Las motivaciones de las facturas adicionales extemporáneas a autorizar serán:

- * Facturas devueltas de Capital Salud y del Fondo que finalmente deban ser reconocidas por esta entidad. Los soportes indispensables para la autorización de presentación de estas cuentas serán: formato 1 y 2, mensaje de devolución de las facturas emitidas por Capital Salud – el Fondo, certificación de validación de RIPS de la factura a autorizar y matriz 1 archivo plano.

No se aceptará la presentación de formatos 1 y 2 por períodos inferiores al mes calendario (quincena o semana), salvo en caso de que el periodo inicial o final de contrato sea menor al mes y que se esté presentando la primera o última factura.

Para el inicio de la labor de auditoría, la Subred deberá suministrar la certificación de validación de los RIPS.

Todos los formatos deberán ser presentados debidamente diligenciados y radicados, firmados digitalmente por el representante legal de la Subred o quien sea designado en su reemplazo a través de resolución.

Los servicios facturados deberán tener coherencia con los valores y cantidades realizadas en las Subredes.

Por lo anterior, se aclara que toda variación en los techos establecidos tendrá como límite el porcentaje de producción esperada y pactada contractualmente, la variación será verificada por parte de la firma auditora o de quien haga sus veces.

Es importante mencionar que el valor total pactado contractualmente con la Subred solo se modificará mediante documento de adición al contrato. Así mismo, el techo contractual se modifica por el efecto de formulación de glosas (notas débito), presentación de facturas adicionales extemporáneas y notas crédito.

La Subred debe tener a disposición de la auditoría todos los soportes de la factura establecidos por norma. A continuación se mencionan algunos:

- **Factura o documento equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.
- **Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención en salud a cada usuario, relacionando todas y cada una de las actividades o insumos requeridos en dicha atención y se consolidan en la factura, debidamente valorizados. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.
- **Verificación en el comprobador de derechos:** Corresponde al aval por sistema que confirma la calidad de afiliado del paciente.
- **Resumen de atención o epicrisis:** Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los

requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000 o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

- Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos (puede estar incluido en la epicrisis). En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.
- Registro de anestesia: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.
- Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual.
- Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
- Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Historia clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

- Hoja de atención de urgencias. Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.
- Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados.
- Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.
- El concepto emitido por el comité de farmacia y terapéutica, cuando la ESE suministre medicamentos no contenidos en el Acuerdo 228 del CNSSS. De igual manera, para el proceso de auditoría de servicios No Pos, las Subredes deben garantizar la prescripción de estos servicios en el aplicativo SISPRO del Ministerio de Protección Social, dando cumplimiento a la Resolución 1328 de 2016.

2. ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE FACTURAR

2.1 FACTURACIÓN DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL

2.1.1 FACTURACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES FINALES

- El valor a pagar por Capital Salud y el Fondo será un porcentaje de reserva glosa inicial, teniendo como punto de partida el histórico de glosa definitiva que se tenga en cada una de las Subredes sobre la producción que será aplicada a los valores estimados enunciados en el Anexo 1.
- Las atenciones en cumplimiento de fallos de tutelas serán reconocidas por Capital Salud y el Fondo en los valores estimados contemplados en el nuevo Modelo de Remuneración con incentivos de desempeño. Si no se encuentra en este listado lo ordenado en el fallo de Tutela, será pagado a SOAT menos el 25%

- Cuando el paciente genere más de una actividad final, tales como urgencias, procedimientos quirúrgicos o egresos, cada una se reconocerá en forma independiente.
- Los servicios quirúrgicos se reconocerán así:
 - a) Paciente que requiere más de una cirugía en el mismo acto quirúrgico se reconocerá el valor de su atención de la siguiente manera:
 - * Para procedimientos del mismo grupo quirúrgico se reconocerán máximo 2 procedimientos.
 - * En caso de presentarse procedimientos de diferentes grupos quirúrgicos se reconocerá máximo tres procedimientos, de los cuales máximo dos de ellos podrán ser de los grupos quirúrgicos mayores.
 - b) Paciente que requiere más de una cirugía en diferentes actos quirúrgicos durante la misma estancia, se reconocerán en forma independiente por tipología de actividad final quirúrgica.

Las actividades finales se reconocerán una vez se verifique la integralidad de la atención y la pertinencia médica en el manejo.

- El pago de las facturas por concepto de pacientes indocumentados debe estar soportado, en los casos de defunción en las Unidades de Prestación de Servicios de Salud (UPSS) de las Subredes, por el acta de levantamiento del cadáver elaborada por el organismo competente o en su defecto por la solicitud de la UPSS de levantamiento del cadáver. En los pacientes con alteración en el estado de conciencia, se soportará con certificación del médico tratante, siempre y cuando al egreso no se haya logrado establecer su identificación; todos los soportes reposarán en la Historia Clínica (exclusivamente aplica al Fondo).

2.1.3 GLOSA ADMINISTRATIVA

- a- Se presentan glosas por facturación cuando: hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados; los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, periodos de carencia u otros), o se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
- b- Se consideran glosas por tarifas todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
- c- Se consideran glosas por soportes todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
- d- 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 facturen servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta.
- e- Se consideran glosas por cobertura todas aquellas que se generan por facturación de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
- f- Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada” (Resolución vigente No. 3047 de 2008 anexo técnico No.6).

Respecto a las facturas que presenten glosa administrativa, el procedimiento para su resolución es el siguiente:

1. Recepcionar el motivo de glosa
2. Registrar en el sistema que cada Subred determine, el motivo de glosa
3. Entregar a la persona responsable de dar respuesta, de igual manera se debe registrar en el sistema las facturas glosadas
4. Estudiar el motivo de glosa de acuerdo con el Anexo Técnico No. 6 (Res. 3047/2008)
5. Solicitar soportes para dar respuesta y de esta manera justificarla.
6. Elaborar oficio remisorio de la respuesta de glosa, luego de verificada la respuesta, se procede a firmar y enviar.

2.1.4 – PLAZO Y CAUSALES DE 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 presentar la factura.

Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEL y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y solo en una parte de ellos se configura la causal.

La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

El plazo para devolución es máximo de dos (2) días hábiles.

2.1.5 PAGO DE INCENTIVOS Y AUDITORÍA

El nuevo modelo de remuneración presupone dos tipos de auditoría de cuentas: una ex ante o concurrente la cual verifica en campo la ejecución de las actividades en salud y su pertinencia, y otra ex pos que se encarga de la revisión de bases de datos, RIPS, Anexos soportes de la factura, cumplimiento en relación a la senda de costos y producción y por último verificar el cumplimiento de los indicadores de calidad e impacto.

DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE FACTURACIÓN SUBREDES, CAPITAL SALUD Y FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

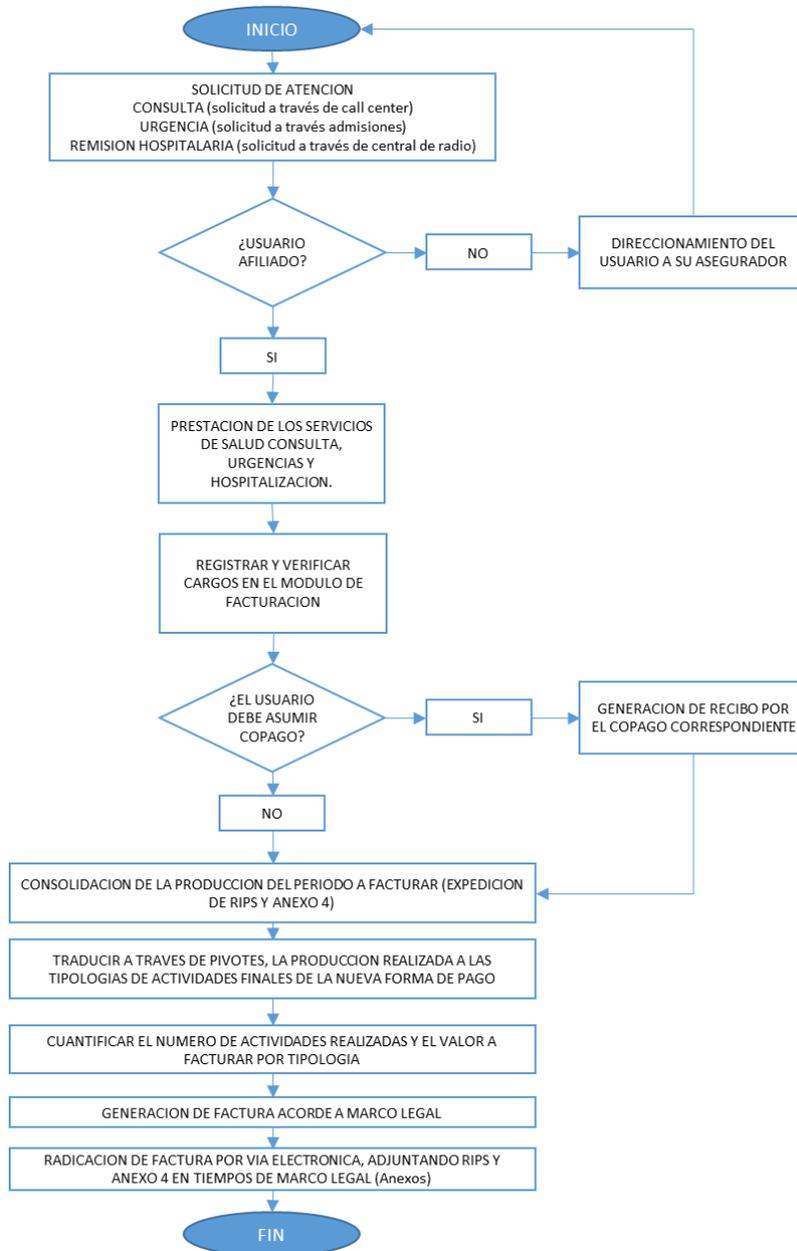
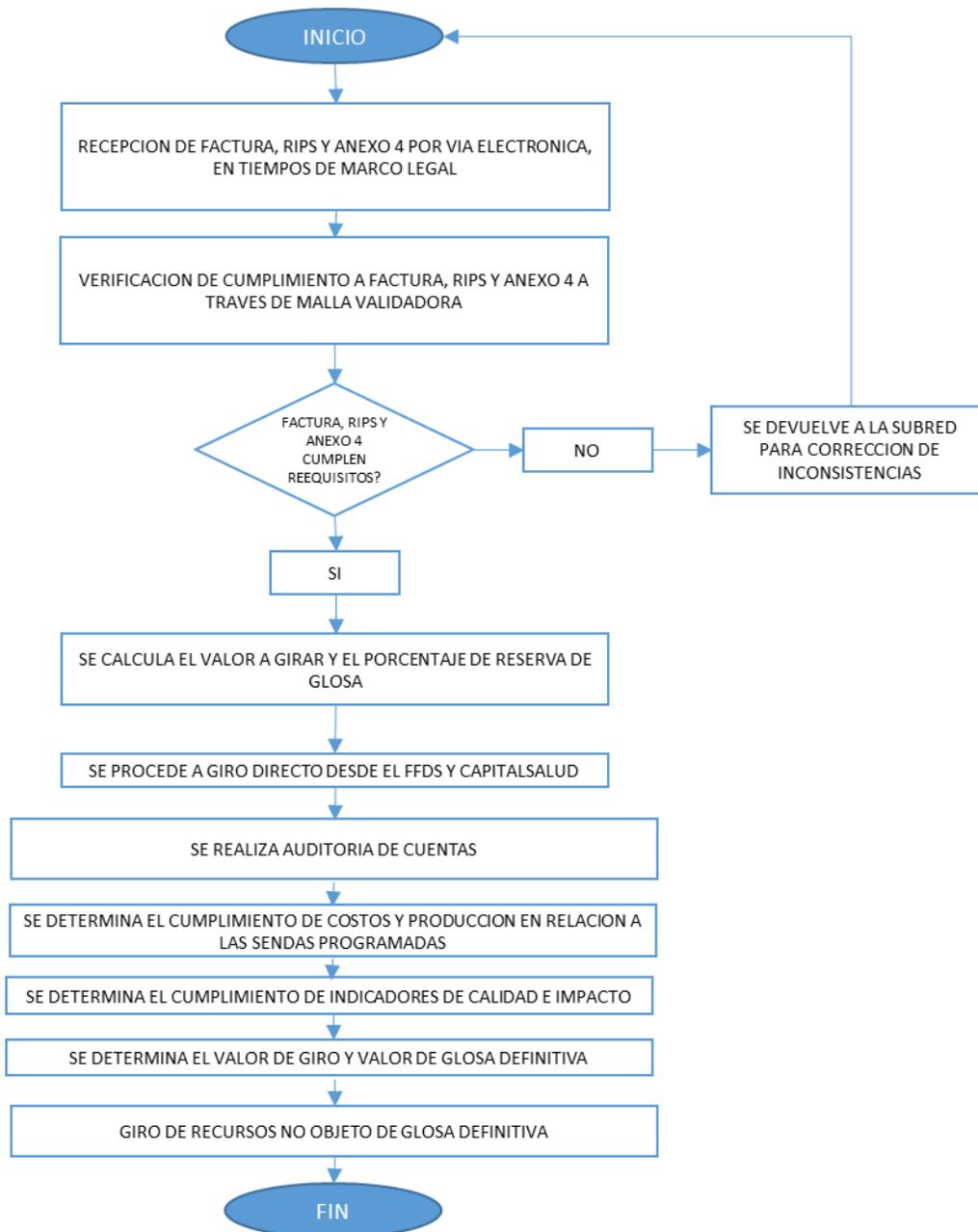


DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE GIRO CON RESERVA DE GLOSA SUBREDES, CAPITAL SALUD Y FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD



ANEXO No. 1

LOGO DE LA SUBRED					
<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD -XXXXXXXX ESE NIT: XXXXXX-X</p> <p>FACTURA DE VENTA No. XXXXXXX FECHA DE EXPEDICION: XX- DE XXXXXXXX DE 201X</p>					
SEÑORES	CAPITAL SALUD	CONTRATO No.	XXXX DE 201X		
NIT	XXXXX	CODIGO EPS-S	XXXXX		
DIRECCION	CALLE 77 A No. 11-XX				
TELEFONO	XXXXX				
DETALLE					
<p>FACTURA REGULAR DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGUN CONTRATO No. XXX -201X CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA XXXXXXXXDE 201X.</p> <p>Las Actividades Finales ejecutadas corresponden al periodo comprendido entre: el XX de XXXXXXX de 201X y el XX de XXXXXXX de 201X</p>					
VALOR TOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS			\$X.XXX.XXX		
SON: XXXXXXXX MILLONES XXXXXXXX MIL XXXXXXXX PESOS (\$X.XXX.XXX.XXX) M/CTE.					
ORDINAL	CODIGO ACTIVIDADES FINALES	NONBRE DE ACTIVIDADES FINALES	TARIFAS 2016	CANTIDAD DE ACTIVIDADES FINALES EJECUTADAS	VALOR TOTAL A FACTURAR
1	C1	Consulta básica			
2	C2	Consulta especializada			
3	C3	Consulta de odontología			
4	C4	Consulta odontología especializada			
5	C5	Consulta supra especializada			
6	C6	Consulta Urgencias Basico			
7	H1	Hospitalización básica			
8	H2	Hospitalización domiciliaria			
9	H3	Hospitalización especializada			
10	H4	Hospitalización observación de urgencias			
11	H5	Hospitalización UCI adultos			
12	H6	Hospitalización UCI intermedios			
13	H7	Hospitalización UCI Neonatal			
14	H8	Hospitalización UCI Pediátrica			
15	Qx1	Cirugía básica			
16	Qx2	Cirugía especializada Grupo 2 al 6			
17	Qx3	Cirugía especializada Grupo 7 al 10			
18	Qx4	Cirugía especializada Grupo 11 al 13			
19	Qx5	Cirugía especializada Grupo 20 al 23			
20	Qx6	Cirugía supra especializada Grupo 2 al 6			
21	Qx7	Cirugía supra especializada Grupo 7 al 10			
22	Qx8	Cirugía supra especializada Grupo 11 al			
23	Qx9	Cirugía supra especializada Grupo 20 al			
24	PIC1	PIC Espacios			
25	PIC2	PIC Vigilancia y Salud Pública			
26	PIC3	PIC Vigilancia sanitaria			
27	PIC4	PIC PAI			
28	PIC5	PIC Proyectos Especiales			
TOTAL					-
<p>Somos Grandes contribuyentes, Resolución 2031 del 23 de diciembre de 2008 Actividad económica 8610 Actividades de Hospitales y Clínicas, con internación. Somos agentes retenedores según artículo 437-2 del Estatuto tributario. Empresas Sociales del Estado (ESE), no son responsables del IVA.</p>					
<p>XXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX Gerente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD - XXXXXXXXXXXX ESE.</p>					

