

**MODELO DE FORMATOS DE AUDITORÍA EXTERNA AL RÉGIMEN  
SUBSIDIADO EN SALUD DE PARTE DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES  
DEL ORDEN MUNICIPAL, A LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD  
SUBSIDIADAS QUE OPEREN EN SU LOCALIDAD.**

**RUBIELA ROMERO ALFONSO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2017**

**MODELO DE FORMATOS DE AUDITORÍA EXTERNA AL RÉGIMEN  
SUBSIDIADO EN SALUD DE PARTE DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES  
DEL ORDEN MUNICIPAL, A LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD  
SUBSIDIADAS QUE OPEREN EN SU LOCALIDAD.**

**RUBIELA ROMERO ALFONSO**

**Monografía para optar el Título de  
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Directora:**

**MYRIAM RUIZ RODRIGUEZ**

**Ph.D., Salud Pública Universidad Industrial de Santander**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA**

**2017**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, guía de mi vida*

*A Alfonso Vargas y mis hijos: Ana María y David  
Alfonso, por su apoyo incondicional y paciencia*

*A la Dra. Myriam Ruiz Rodríguez, por su  
Dirección y valiosos aportes*

*Al Dr. Sergio Alonso Valenzuela, y la Dra. Mónica  
Mogollón por permitir ejecutar esta Monografía  
en el municipio de Lebrija*

*A todas las personas que de una u otra forma  
contribuyeron para lograr esta meta*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
1. TITULO	16
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2. JUSTIFICACIÓN	20
1.3. OBJETIVO GENERAL	22
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2. MARCO DE REFERENCIA	24
2.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE AUDITORIA EN SALUD EN COLOMBIA	24
2.2. AUDITORÍA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD	30
3. METODOLOGÍA	37
4. RESULTADOS	39
4.1. PROCESOS REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD	39
4.1.1. Afiliación al Régimen Subsidiado	39
4.1.2. Reporte de novedades a la BDUA	47
4.1.3. Red prestadora de Servicios de Salud	52
4.1.4. Flujo de recursos a la Red Prestadora de Servicios de Salud	54
4.1.5. Contratación Póliza de Alto Costo	55
4.1.6. Pago obligaciones Aportes Patronales y Parafiscales	56
4.1.7. Atención al Usuario	57
4.1.8. Acceso a los Servicios De Salud y Medicamentos No Pos	60
4.1.9. Acciones de Tutela contra las EPS	61
4.1.10. Peticiones, Quejas y Reclamos - PQR	62
4.1.11. Atención al Usuario en la Epss	64
4.1.12. Actividades De Protección Específica y Detección Temprana - PEDT	65
4.1.13. Mecanismos de Participación Social	67
4.1.14. Planes de Mejoramiento	69

4.1.15. Hallazgos a los Entes de Control	70
5. CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	81

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 CARTA AUTORIZACIÓN MUNICIPIO DE LEBRIJA	81
Anexo 2. Afiliaciones Nuevas en el SGSSS	82
Anexo 3. Afiliaciones por traslado en el SGSSS	83
Anexo 4. Glosas aplicadas por el consorcio SAYP	85
Anexo 5. Glosas consorcio SAYP por registro	86
Anexo 6. Glosas Entidad Territorial por registro	87
Anexo 7. Afiliación de Nacimientos	88
Anexo 8. Afiliación de la Población Pobre No Asegurada – PPNA	90
Anexo 9. Afiliación de la PPNA Por EPSS	91
Anexo 10. Reporte de novedades a BDUA por ET	93
Anexo 11. Reporte de novedades a BDUA por parte de EPS	94
Anexo 12. Inconsistencias reportadas por la Secretaría de Salud departamental	97
Anexo 13. Consolidado base de datos Maestra - EPS - BDUA y SISBEN - LISTADO CENSAL	98
Anexo 14. Consolidado Mesas de trabajo cruce con EPS	99
Anexo 15. Red Prestadora de servicios de salud	100
Anexo 16. Auditorías de EPS a la red de servicios de salud	102
Anexo 17. Auditorías de Municipio a la red de servicios de salud	104
Anexo 18. Pagos a la red prestadora	105
Anexo 19. Estado de cartera	107
Anexo 20. Póliza de alto costo	109
Anexo 21. Aportes patronales y parafiscales	110
Anexo 22. Encuesta de Satisfacción del afiliado en la EPS	111
Anexo 23. Encuesta de Satisfacción del afiliado en la IPS	112
Anexo 24. Consolidado Encuesta de Satisfacción del afiliado en la EPS	113
Anexo 25. Consolidado Encuesta de Satisfacción del afiliado en la IPS	114
Anexo 26. Acceso A Los Servicios De Salud Y Medicamentos No Pos	115
Anexo 27. Acciones de tutela	116

Anexo 28. Peticiones, Quejas o reclamos – PQR	118
Anexo 29. Actas de apertura de buzón de PQR	120
Anexo 30. Oficina local	121
Anexo 31. Protección Específica y Detección temprana – PEDT	122
Anexo 32. Demanda inducida	123
Anexo 33. Capacitaciones a los Usuarios	124
Anexo 34. Alianza de Usuarios	125
Anexo 35. Indicadores satisfacción medidos por la EPS	126
Anexo 36. Planes de Mejoramiento	126
Anexo 37. Notificación de Hallazgos a Entidades de Vigilancia y control	127

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Glosas de Negocio - GN y Estructura - GE de la BDU A

129

## SIGLAS

ARL: Administradoras de Riesgos Laborales

ARP: Administradoras de Riesgos Profesionales

BDUA: Base de Datos única de la BDUA

DNP: Departamento Nacional de Planeación

EAPB: Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud

EPSS: Entidad Promotora de Salud Subsidiada

ET: Entidad Territorial

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

FUAT: Formulario único de Afiliación y Traslado

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IPC: Índice de Precios al consumidor

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

LMA: Liquidación Mensual de Afiliados

PEDT: Protección Específica y Detección Temprana

PPNA: Población Pobre No Asegurada

POS: Plan Obligatorio de Salud

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

PQR: Peticiones, Quejas y Reclamos

RN: Recién Nacido

SAYP: Consorcio integrado por FIDUPREVISORA S.A. y FIDUCOLDEX S.A

SFTP: Secure File Transfer Protocol, traducido como “Protocolo Seguro de Transferencia de Archivos”

SAC: Servicio de Atención a la Comunidad

SSD: Secretaría de Salud Departamental

SGP: Sistema General de Participaciones

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UPC: Unidad de Pago por Capitación

UPC-S: Unidad de Pago por Capitación Subsidiada

XML: Extensible Markup Language, traducido como "Lenguaje de Mercado Extensible"

## RESUMEN

**TITULO:** Modelo de formatos de auditoría externa al régimen subsidiado en salud de parte de las entidades territoriales del orden municipal, a las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas que operen en su localidad.\*

**AUTOR:** Rubiela Romero Alfonso.\*\*

**PALABRAS CLAVE:** Régimen Subsidiado en Salud, Auditoría en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Municipio de Lebrija.

La ley 100 de 1993, estableció un cambio en el modelo de Salud en Colombia creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, con un nuevo enfoque de Seguridad Social Integral basado en el concepto de una economía de mercado, y en el cual interactúan una serie de actores con responsabilidades definidas: El Ministerio de Salud y Protección Social quien es el órgano rector, las Aseguradoras denominadas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud – EAPB que integran las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo EPS-C y del Régimen Subsidiado – EPS-S, Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, los prestadores quienes son las instituciones prestadoras de salud - IPS y la Superintendencia Nacional de Salud quien es el órgano de inspección, vigilancia y control, junto con las Secretarías de Salud del orden departamental y municipal.

El propósito de la presente Monografía fue establecer un modelo de Formatos de Auditoría para ser utilizados por parte de las entidades territoriales del orden Municipal en su función de Inspección, Vigilancia y Control sobre la operación del Régimen subsidiado en Salud por parte de las Empresas Promotoras de Salud. Dichos formatos fueron estudiados, diseñados y probados en el Municipio de Lebrija Santander.

A partir de estos formatos de captura de datos, se logra obtener una herramienta valiosa de seguimiento, vigilancia y control para los municipios, mediante la cual se consolide la información necesaria que garantice el insumo suficiente para el análisis oportuno y la generación de planes de mejoramiento y seguimiento, encaminados a lograr el cumplimiento de las directrices de la normatividad vigente y las metas establecidas por el SGSSS

---

\* Trabajo de Grado - Monografía

\*\* Facultad de Salud, Escuela De Medicina, Departamento De Salud Pública, Especialización En Administración de Servicios de Salud, Dra. Myriam Ruiz Rodríguez, Ph.D., Salud Pública - Universidad Industrial De Santander.

## ABSTRACT

**TITLE:** Model forms of external audit to the Subsidized Regime in Health, of the territorial entities of the municipal order, to the Subsidized Health Promoting Entities that operate in their locality. \*

**AUTHOR:** Rubiela Romero Alfonso.\*\*

**KEY WORDS:** Subsidized Regime in Health, Health Audit, National Superintendence of Health, Municipality of Lebrija.

Law 100 of 1993, established a change in the model of Health in Colombia creating the General System of Social Security in Health -GSSSS, with a new approach of Integral Social Security based on the concept of a market economy, in which a series of actors with defined responsibilities interact: The Ministry of Health and Social Protection, which is the governing body, the Insurers known as Health Benefit Plans Managers (EAPB) that integrate the Health Promoting Companies of the EPS-C Contributory Regime and the Regime Subsidized - EPS-S, Adapted Entities and Prepaid Medicine Companies, the providers that are the health care institutions - IPS and the National Superintendence of Health, which is the Entity of Inspection, Surveillance and Control, together with the Health Secretariats of the Departmental and municipal order.

The purpose of the present Monograph was to establish a model of Audit Formats to be used by the Territorial Entities of the municipal order in their function of Inspection, Surveillance and Control over the operation of the Subsidized Health Regime by the Health Promoting Companies. These formats were studied, designed and tested in the Municipality of Lebrija - Santander.

From these data capture formats, it is possible to obtain a valuable Monitoring, Surveillance and Control tool for the municipalities, through which the necessary information to ensure sufficient input for the timely analysis and generation of improvement plans is consolidated and follow-up, aimed at achieving compliance with the guidelines of the current regulations and the goals established by the SGSSS.

---

\* Work of degree - Monograph

\*\* Faculty of Health, Medicine School, Department of Public Health, Specialization in Health Services Administration, Dr. Myriam Ruiz Rodriguez, Ph.D., Public Health Industrial University of Santander.

## INTRODUCCIÓN

Auditar es importante porque permite establecer un diagnóstico general de una organización, estandarizar procesos y generar indicadores medibles y cuantificables en el tiempo, los cuales se conviertan en un termómetro para medir el nivel de cumplimiento de metas.

Gracias a los procesos continuos de auditoría, se pueden hacer análisis gerenciales a partir de los cuales se pueda modificar, reestructurar o eliminar procesos existentes o diseñar otros nuevos, encaminados a la misión y visión de la compañía, así como evaluar el cumplimiento de compromisos o planes de mejoramiento por parte de los actores que integran dichos procesos.

Esta tarea de auditoría debe ser permanente y ajustable a las nuevas normas de acuerdo al contexto en el cual se desarrolle el objeto social de la entidad.

La presente monografía está dividida en quince capítulos, cada uno está organizado de acuerdo al análisis que se hizo sobre la normatividad en salud en Colombia, dentro del contexto de la responsabilidad que tienen los municipios frente a la vigilancia, seguimiento y control de los recursos designados para el sector salud, particularmente para cofinanciar el régimen subsidiado en salud que hace parte del SGSSS. Cada uno de ellos integra una serie de actividades que conllevan al cumplimiento de un objetivo específico y que sumados todos, pretenden estandarizar el proceso de captura de información para llevar a cabo la auditoría al régimen subsidiado en salud dentro del contexto local.

Se espera con el presente trabajo, aportar una serie de formatos que se conviertan en una herramienta valiosa de seguimiento, vigilancia y control para los municipios, mediante la cual se consolide la información necesaria que garantice el insumo suficiente para el análisis oportuno y la generación de planes de mejoramiento, encaminados a lograr las metas establecidas por el SGSSS.

## **1. TITULO**

Modelo de formatos de auditoría externa al régimen subsidiado en salud de parte de las entidades territoriales del orden municipal, a las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas que operen en su localidad.

## 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La ley 100 de 1993, estableció un cambio en el modelo de Salud en Colombia creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, con un nuevo enfoque de Seguridad Social Integral basado en el concepto de una economía de mercado, y en el cual interactúan una serie de actores con responsabilidades definidas.

Los actores del sistema de salud son:

El Estado con la función de coordinar, dirigir y controlar, a través del Ministerio de Salud y Protección social quien es el órgano rector, encargado de formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de Salud<sup>2</sup>; y la Superintendencia Nacional de Salud quien es el máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>3</sup>

Los aseguradores quienes son entidades de naturaleza privada, encargadas de asegurar a la población, y actúan como intermediarias y administradoras de los recursos de salud, denominadas las ARS (Administradoras de régimen subsidiado) que luego se denominaron EPSS (Entidades promotoras de Salud del régimen subsidiado) y actualmente están bajo la sigla EPS (Entidades promotoras de salud) para referirse a las entidades que operan tanto el régimen subsidiado como el régimen contributivo, las ARL (administradoras de riesgos laborales) hoy denominadas ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales)<sup>4</sup>. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud – EAPB, integran las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

Los prestadores quienes son las instituciones prestadoras de salud - IPS, de los cuales hacen parte los hospitales, clínicas, laboratorios, etc que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales

---

<sup>2</sup> COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 4107. 02, Noviembre, 2011. 37 p.

<sup>3</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100. 23, Diciembre, 1993. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. No. 41148. P. 1

<sup>4</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 1562. 11, julio, 2012. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2012. No. 48488. 22 P.

independientes de salud (médicos, enfermeros, etc) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias)<sup>5</sup>

El objetivo del modelo el cual establece la salud como derecho fundamental, es garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a toda la población en condiciones de equidad. Las EPS son las encargadas del proceso de afiliación al SGSSS y están organizadas en regímenes de salud de acuerdo a los diferentes sistemas de financiación. Para la población más pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago, es el estado a través del régimen subsidiado en salud, quien se encarga de financiar el acceso efectivo al SGSSS<sup>6</sup>.

Para identificar la población que tiene derecho a pertenecer al régimen subsidiado de salud, se utiliza el puntaje del SISBEN (Sistema de selección de beneficiarios a programas sociales) que es una encuesta que mide la condición socioeconómica de las personas, diseñada y aplicada por el DNP (Departamento Nacional de Planeación), la cual permite identificar las necesidades de la población y focalizar recursos del estado de acuerdo a las mismas. Este es el instrumento que utiliza el gobierno nacional para asignar los subsidios los cuales se establecen dentro de un rango de puntuación. Existe población que no es focalizada con el SISBEN y que también tiene derecho a pertenecer al régimen subsidiado en salud por su condición de vulnerabilidad y es la población de listado censal, a la cual pertenecen las poblaciones especiales como desplazadas, desmovilizadas, indigentes, indígenas, población en centros de la tercera edad, niños a cargo del ICBF.

Las entidades territoriales, tanto las de orden departamental como municipal, tienen a cargo la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción<sup>7</sup> y la responsabilidad de garantizar que toda la población pobre no asegurada - PPNA, ingrese al régimen subsidiado en salud, en cumplimiento del objetivo de lograr la Universalización de la afiliación al SGSSS en Colombia.

Los departamentos deben garantizar la implementación y el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de

---

<sup>5</sup> [https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_de\\_salud\\_en\\_Colombia](https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia)

<sup>6</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100. 23, Diciembre, 1993. artículo 156, numeral j). DIARIO OFICIAL. Bogotá D.C., 1993. No. 41148. P. 1

<sup>7</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 715. 21, Diciembre, 2001. Artículos 43,44. Diario Oficial. Bogotá D.C., 301. No. 44654. 52 P.

Salud y Protección social encaminadas al logro de las metas del sector salud<sup>8</sup>, para lo cual hacen el acompañamiento a los municipios a través de asesoría y asistencia técnica<sup>9</sup> y los municipios deben vigilar permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios, y de evidenciarse fallas o incumplimientos, efectuará los requerimientos para que subsanen y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes<sup>10</sup>. Así mismo, las direcciones territoriales de Salud, también son sujetos de vigilancia por parte de la Superintendencia nacional de salud en el ámbito del cumplimiento de sus funciones en el sector salud.<sup>11</sup>

Las actividades de auditoría al régimen subsidiado en salud que deben llevar a cabo primordialmente los municipios incluyen el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado<sup>12</sup>.

La circular externa número 06 de diciembre 13 de 2011 emitida por la superintendencia Nacional de salud, establece el reporte de informes de auditoría al régimen subsidiado en salud, con una lista de instrucciones para ser aplicadas por parte de los municipios y departamentos. Estos informes se reportan con una periodicidad bimensual, y son generados por los municipios y enviados a los departamentos, quienes consolidan la información y definen si se deben efectuar reportes ante la superintendencia nacional de salud.

Para estandarizar el proceso de consolidación de la información cada departamento ha implementado su propio formato de Informe Bimensual de auditoría al régimen subsidiado en salud, el cual debe ser diligenciado y reportado por los municipios. Por tanto, los municipios deben llevar a cabo sus actividades de seguimiento, vigilancia y control de tal manera que se logre consolidar la información que hace parte de este informe.

---

<sup>8</sup> Ibíd. Artículo 43, numeral 43.1.5. 52 p.

<sup>9</sup> Ibíd. Artículo 43, numeral 43.1.3. 52 p.

<sup>10</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 971. 31, Marzo, 2011. Artículo 14. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 48028. 8 P.

<sup>11</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. 19, Enero, 2011. artículo 121, numeral 121.2. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 47957. 43 P

<sup>12</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 971. 31, Marzo, 2011. Artículo 14. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 48028. 8 P.

En la actualidad, no existen formatos de captura de datos estandarizados para municipios, de tal manera que cada quien debe buscar las estrategias, mecanismos y operación adecuada de los procesos que le permitan dar cumplimiento a su función.

Esta monografía tiene como función proponer un modelo de instrumentos de captura de información, soportes, indicadores y planes de mejoramiento, sobre los cuales el municipio pueda, no solamente consolidar los datos para presentar el informe bimensual de auditoría, sino contar con la evidencia del cumplimiento de esta función como actor dentro del SGSSS y que además le faciliten hacer un seguimiento estructurado y organizado a través del tiempo.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El SGSSS busca que toda la población esté afiliada al sistema de salud y para ello la financiación está organizada en regímenes de salud que son el régimen contributivo, el régimen subsidiado, régimen especial o de excepción. Se espera que toda la población esté vinculada con alguno de los regímenes. Sin embargo, se tiene población no asegurada la cual debe afiliarse al sistema, en el caso de la PPNA (Población pobre no asegurada) debe afiliarse al régimen subsidiado y la demás población con capacidad de pago, lo debe hacer al régimen contributivo.

Con el régimen subsidiado en salud se le da cobertura de acceso al SGSSS a la población que por su condición pobre, vulnerable y sin capacidad de pago, tienen derecho a acceder al subsidio de salud que ofrece el estado y que es operado a través de las entidades promotoras de salud. El subsidio en salud es limitado y cubre únicamente el acceso a los servicios de salud establecidos en un listado denominado Plan Obligatorio de Salud – POS. Este subsidio de salud, se paga a través de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada - UPCS por cada afiliado activo y es girado directamente a cada EPSS de manera mensual, y cofinanciado por parte del estado a través de recursos del Sistema General de Participaciones - SGP, Fondo de Solidaridad y garantía - FOSYGA, COLJUEGOS, RENTAS CEDIDAS DEPARTAMENTALES, entre otros. Este valor se actualiza anualmente, con base en el incremento del Índice de Precios al Consumidor - IPC y puede haber reajustes de UPCS extraordinarios en la medida que se incluyen nuevas tecnologías de salud o medicamentos en el POS.

Aunque las EPS que operan el régimen subsidiado, son de naturaleza privada, sin embargo, están trabajando con recursos del estado luego están sujetas al seguimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta vigilancia gira en torno al afiliado, y la garantía de la asignación debida de los recursos a la población real, y correctamente clasificada para acceder al subsidio. Las inconsistencias de información, pueden propiciar el desvío de recursos de salud, y por consiguiente daño al fisco, que consecuentemente conllevan a procesos de investigación administrativa, fiscal y penal.

Las entidades territoriales municipales, como actores del sistema, tienen su función de vigilancia, seguimiento y control sobre las EPSS pero también son sujetos de investigación por parte de la superintendencia nacional de salud en caso de que no se cumpla con esta función como debe ser. Al responder por el correcto manejo de los recursos de la salud, es decir, de recursos del estado, también son vigilados por la contraloría general de la nación y la procuraduría general de la nación.

Ante una deficiencia por parte de una EPS, la responsabilidad inicia desde los procesos de vigilancia y control que debieron llevarse a cabo por parte de los municipios. Si se observa inoperancia e incumplimiento, se verán afectados de manera directa los alcaldes y secretarios locales de salud, así como las EPS que integren el problema.

El hecho de que cada municipio cuente con instrumentos de captura que faciliten el seguimiento e integración de la información no es sólo para dar cumplimiento a un requerimiento de la superintendencia nacional de salud, de consolidar datos en un informe bimensual, sino va más allá, y es el garantizar el debido proceso del actuar municipal con oportunidad, eficiencia, veracidad e idoneidad, con las evidencias físicas que demuestren un trabajo efectivo en cumplimiento de su función, que va desde la identificación, el análisis, conclusiones, planes de mejoramiento, seguimiento y notificaciones oportunas a los entes de control del estado en caso de que se detecten fallas.

Con base en la experiencia de la autora de esta monografía, se evidencia que los municipios, en cuanto a la vigilancia, seguimiento y control del régimen subsidiado en salud, no cuentan con instrumentos estandarizados de captura de datos, que permitan consolidar la información, hacer seguimiento, y tener el respectivo soporte. Estos procesos no están reglamentados dentro de la oficina de Secretaría Local de Salud, aunque si está asignada la responsabilidad como tal. Tampoco están reglamentados en la normatividad vigente, aunque si está definida y asignada la función, pero el cómo llevarla a cabo, le queda como tarea a cada municipio. De ahí la importancia de la presente monografía.

Es fundamental que los municipios cuenten con los instrumentos debidamente formalizados y estructurados de tal manera que se conviertan en la herramienta efectiva para dar cumplimiento a su función de auditoría al régimen subsidiado en salud, además de que se tomen las medidas oportunas de alertas sobre las fallas encontradas, el debido proceso y los soportes, para garantizar el cumplimiento de los objetivos del SGSSS. El municipio se convierte en el actor más importante en este proceso porque es quien tiene el contacto directo con las EPS que operan su región, con la red de servicios de salud y con los afiliados de su jurisdicción.

Saber en primera instancia, cuáles son las quejas, las fallas, las inconsistencias, por ello su actuar oportuno es el que permitirá velar por la calidad del servicio a los afiliados. Un municipio que no tenga control de la información, no lleve a cabo el seguimiento, no cuente con instrumentos de medida e histórico de datos organizados y tabulados, difícilmente podrá garantizar que cumplió con la tarea encomendada y se somete a posibles sanciones por parte de la misma superintendencia nacional de salud, y demás entidades creadas por el gobierno nacional, para el control de los recursos públicos.

Son muchos los alcaldes del país que han sido investigados por la asignación indebida de recursos de régimen subsidiado a población inconsistente (duplicados, fallecidos, multi-afiliados, no focalizados con SISBEN, etc. ) y esto podría deberse a que no cuentan con indicadores de medida y seguimiento, a que no tienen un diagnóstico, y a que no actúan oportunamente. Así sucesivamente, son muchos los puntos neurálgicos donde el municipio es quien debe actuar en primera instancia y quien por tanto tiene el peso de toda la responsabilidad en la auditoría y control para que los recursos del estado sean bien utilizados.

### **1.3. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar formatos de auditoría a la operación del régimen subsidiado en salud basado en indicadores generados a partir de los requerimientos establecidos en la normatividad vigente, mediante el cual los municipios puedan llevar a cabo las actividades de seguimiento, vigilancia y control, a las EPSS que operen en cada localidad.

#### **1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Revisar el concepto y los diferentes métodos de auditoría a nivel general y los diferentes procesos de auditoría enfocados al área de la salud que existen en Colombia.
- b) Consolidar los conceptos de normatividad en Colombia sobre las competencias de las entidades territoriales del orden municipal en el seguimiento, vigilancia y control de las entidades promotoras de salud subsidiadas.
- c) Identificar los componentes clave de seguimiento, vigilancia y control a las EPSS por parte de las entidades territoriales de salud para la elaboración de formatos de captura y seguimiento.
- d) Elaborar la lista de indicadores para cada uno de los componentes de la información que faciliten la Vigilancia, seguimiento y control al régimen subsidiado en salud por parte de las entidades territoriales del orden municipal a las EPSS

## 2. MARCO DE REFERENCIA

William Thomas Porter y John C. Burton definen la Auditoría como “el examen de la información por una tercera persona distinta de quien la preparó y del usuario, con la intención de establecer su veracidad; y el dar a conocer los resultados de este examen, con la finalidad de aumentar la utilidad de tal información para el usuario”. La IDERC – International Development Research Centre - define la auditoría como un examen o estudio que evalúa e informa sobre la medida en que una condición, proceso o desempeño se ajusta a estándares o criterios predeterminados.

La guía Internacional de Auditoría establece que “Una Auditoría es el examen independiente de la información de cualquier entidad, ya sea lucrativa o no, no importando su tamaño o forma legal, cuando tal examen se lleva a cabo con objeto de expresar una opinión sobre dicha información ...”

Dependiendo del enfoque, existen diferentes tipos de auditoría<sup>13</sup>, por el origen de quien hace la aplicación, la auditoría puede ser Interna o Externa, la primera es aplicada por el mismo personal que hace parte integral del proceso, es decir, se convierte en una autoevaluación, mientras que la segunda es aplicada por personal externo al proceso. Si el enfoque es desde la perspectiva del campo de aplicación, en este sentido, para el sector financiero se denomina “auditoría financiera” para el sector de salud “auditoría de salud” y así sucesivamente. Si es por especialidad, puede ser “Auditoría Médica”, “Auditoría Fiscal”, etc.

Se concluye que el objetivo de la auditoría es conocer el estado real del cumplimiento de un proceso con base en un indicador o un punto de referencia. El resultado que se obtiene, es la información que se convierte en el insumo a partir del cual se tomen decisiones que pueden ser ajustes, correcciones, etc., así mismo, el llevar a cabo actividades de auditoría periódicamente, permite llevar un seguimiento de la evolución de los mismos.

### 2.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE AUDITORIA EN SALUD EN COLOMBIA

---

<sup>13</sup> CUELLAR MEJÍA Guillermo Adolfo. Teoría General de la auditoría y Revisoría Fiscal. Versión 2009B. Pág. 16-19

En Colombia la evolución del término de auditoría en salud inició con el concepto de calidad de los servicios de salud, entre los años 1983 y 1987, el Instituto de Seguros Sociales empezó a hacer marcos teóricos sobre este concepto en el documento Garantía de los servicios de salud.<sup>14</sup> La ley 10 de 1990, mediante la cual se organiza el sistema nacional de salud, establece que los municipios a través de la dirección local de salud deben llevar a cabo las labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud.<sup>15</sup>

Posteriormente, a partir de la ley 100 de 1993 se cambia el modelo de atención en salud y se crea el SGSSS, mediante el cual los recursos asignados para la salud pasan del subsidio a la oferta (recursos hacia los prestadores de servicios de salud) al subsidio a la demanda (recursos hacia el usuario que requiere el servicio). Se buscaba con esta ley la eficiencia en la prestación de los servicios de salud al promover la competencia y disminuir la inequidad en cuanto a la distribución de los recursos y la cobertura universal en términos del aseguramiento. Aparecen las aseguradoras quienes son las intermediarias entre el usuario final y el prestador de servicios de salud. La ley establece la necesidad de tener mecanismos de control de la calidad sobre los servicios de salud<sup>16</sup> y faculta al gobierno nacional para que garantice la adecuada calidad en la prestación de los servicios mediante la organización de un SOGCS - Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Salud. Éste es implementado por el decreto 1011 de 2006, y su objetivo es articular los actores del sistema de salud hacia un proceso de gestión de la calidad, orientado a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario.<sup>17</sup>

Posteriormente, se presenta una reforma parcial al SGSSS mediante la expedición de la ley 1122 de 2007, se logra financiar los procesos de seguimiento, vigilancia y control con los mismos recursos asignados para el régimen subsidiado en salud autorizando a los municipios para que destinen el 0.2% de estos recursos a la Superintendencia Nacional de Salud y hasta el 0.4% para financiar los servicios de interventoría del mismo, y autoriza que este proceso se haga a través de empresas habilitadas para tal fin.<sup>18</sup> Este financiamiento fue derogado en decreto 132 de 2010 debido a la declaración del estado de emergencia nacional por la crisis financiera

---

<sup>14</sup> MACHUCA ALBARRACÍN, Deisy Astrid. "La auditoría, concepto actual o antiguo", ISSN 1794-9831, Vol. 4, Nº. 4, 2007, P. 51-57.2007

<sup>15</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10. 10, Enero,1990. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1990. Artículo 12. No. 39137. 31 p.

<sup>16</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100. 23, Diciembre, 1993. Artículo 153. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. No. 41148. P. 1.

<sup>17</sup> *Ibid.* artículo 227. P. 1.

<sup>18</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122. 09, Enero, 2007. Artículo 13, numeral e) Diario Oficial. Bogotá D.C.,2007. No. 46506. 24 P.

del SGSSS.<sup>19</sup> En el año 2011 se expide la ley 1138, en la cual se incrementa el porcentaje destinado para las labores de seguimiento, vigilancia y control del 0.2% al 0.4% con destinación a la Superintendencia Nacional de Salud.

Posteriormente se expide la ley estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se eleva la salud a un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y se nivelan los planes obligatorios de salud ya que antes de esta ley existía un POS-S para el régimen subsidiado y un POS para el régimen contributivo, este último contenía un mayor número de procedimientos y medicamentos que el primero.

Se expide el decreto 780 de 2016 el cual se convierte en un compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, se crea el sistema de afiliación transaccional<sup>20</sup> que consiste en un sistema de información único nacional que se actualice y consulte en tiempo real, en el cual se registren las afiliaciones, novedades y demás operaciones pertinentes al SGSSS. En cuanto a la auditoría del régimen subsidiado se destina el 0.4% del total de recursos cofinanciados por la fuente FOSYGA para las funciones de inspección, vigilancia y control.

## **Concepto de auditoría en el sector salud**

El SOGCS Cuenta con cuatro componentes, y uno de ellos es la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención En Salud, definida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”<sup>21</sup>. Las características por las cuales se mide la Calidad son la *Accesibilidad*, entendida como la posibilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios de salud, la *Oportunidad*, que trata de los tiempos de espera para recibir un servicio, la *seguridad* que es la forma de estructura la atención del paciente, evitando la ocurrencia de eventos adversos o en caso de que se presenten mitigar sus consecuencias, la *Pertinencia*, que es la garantía de que el servicio recibido corresponde al problema de salud del paciente y se evidencia en una mejoría de su

---

<sup>19</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4975. (23, Diciembre, 2009). Diario Oficial. Bogotá D.C.,2009. No. 47572. 8 P.

<sup>20</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2353. 03, Diciembre, 2015. 61 P.

<sup>21</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011. 03, Abril, 2006. Artículo 2. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2006. No. 46230. 17 P.

estado, la *Continuidad*, que consiste en el acceso secuencial, racional y lógico de los usuarios al servicio de salud y sin interrupciones.<sup>22</sup>

Dentro del contexto del SGOCS, se identifican los Prestadores de Servicios de Salud que son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y dentro de ellos se encuentran las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y las - Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EPAB.

La Auditoría permite verificar el cumplimiento de las condiciones de Habilitación y Acreditación, (dos de los cuatro componentes del SOGCS). La habilitación se define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB<sup>23</sup>. La acreditación es definida como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades instituciones prestadoras de servicios de salud, a las EPS, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud.<sup>24</sup>

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, a la calidad medida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

---

<sup>22</sup> *Ibíd.* Artículo 3. 17 p.

<sup>23</sup> *Ibíd.* Artículo 6. 17 p.

<sup>24</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 903. 13, Mayo, 2014. Artículo 5. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2014 No. 49150 6 P. Artículo 5.

Así mismo, la auditoría opera en varios niveles<sup>25</sup>: el primer nivel denominado *Autocontrol* en el cual cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. El segundo nivel es la *Auditoría Interna* que consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, pero por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna. El tercer nivel es la *Auditoría Externa* que es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

En cuanto a las acciones están los procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios (*Acciones Preventivas*) o sobre el proceso (*Acciones de Seguimiento*) o posteriores (*Acciones Coyunturales*) las cuales dan una mirada retrospectiva para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.<sup>26</sup>

Las EAPB en su programa de auditoría debe incluir como mínimo la *Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud* en la cual se debe evaluar sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contra-referencia, garantizar que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características definidas por el SOGCS y la *Atención al Usuario*, evaluando sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben incluir como mínimo la *Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud* estableciendo prioridades desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad definidas por el

---

<sup>25</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011. 03, Abril, 2006. Artículo 33. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2006. No. 46230. 17 P.

<sup>26</sup> *Ibíd.* Artículo 34. 17 P.

SOGCS, así como la evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios. Las EAPB también deben aplicar auditoría externa sobre los prestadores de servicios de salud que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de ellos. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características del SOGCS.

Para el caso de las entidades departamentales, distritales y municipales de salud cuando cumplan la condición de ser compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deben establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB.<sup>27</sup> A los municipios les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud –IPS de su jurisdicción y también realizarles la Auditoría a los mismos y además a los Prestadores de Servicios de Salud, que atienden a la población no afiliada.<sup>28</sup>

Otros conceptos de Auditoría en Colombia en el sector Salud son los de auditoría médica y el de auditoría de Cuentas Médicas. La auditoría médica su materia prima es la Historia Clínica y busca básicamente estudiar los registros para evaluar su calidad, pertinencia de los procedimientos y medicamentos ordenados, calidad en la atención prestada y estadísticas hospitalarias. La Auditoría de Cuentas Médicas, se aplica al proceso de facturación de las entidades vendedoras del servicio de salud por parte de las entidades compradoras y cuyo objetivo es lograr aplicar descuentos al valor inicial referido en el documento de cobro denominado factura. Dichos descuentos se conocen bajo el concepto de Glosas. Este tipo de Auditoría, el de cuentas médicas, puede ser Retrospectiva o Concurrente. Esto depende del momento en que se hace la auditoría respecto del momento en que el paciente recibe el servicio.

Si es posterior a la atención médica, el evento de auditoría se da en el momento en que se radica la facturación por tanto es Retrospectiva. En este caso, si se aplica en los contratos firmados bajo la modalidad de evento o paquete, el objetivo es efectuar un análisis a cada factura desde el punto de vista administrativo y desde el punto de vista de la pertinencia del servicio. En el primer caso, se Válida la consistencia de la información consignada en la factura, que estén todos los

---

<sup>27</sup> *Ibíd.* Artículo 35. 17 P.

<sup>28</sup> *Ibíd.* Artículos 4, 50. 17 P.

soportes que hacen parte integral de la cuenta, que los valores facturados estén acordes con las tarifas del contrato firmado entre las partes, que el contrato esté vigente y que los tiempos de radicación estén acordes con la normatividad vigente.<sup>29</sup>

Para el segundo caso se Válida el servicio que está siendo cobrado, en cuanto a la pertinencia del mismo, es decir que en los servicios ordenados haya una correlación entre los signos y síntomas con el diagnóstico y tratamiento ordenado, en otras palabras, se aplica una auditoría médica, y se trabaja sobre la Epicrisis<sup>30</sup>. Si por otra parte, se trata de un contrato firmado por modalidad de capitación, la auditoría se hace sobre población de base de datos, de tal manera que se Válida si el total facturado por parte de la entidad vendedora corresponde a la población cubierta por la entidad compradora. Este tipo de contratos define metas en coberturas de población sobre las actividades de Protección Específica y Detección Temprana, y también aplica descuentos por incumplimiento de metas, esta evaluación por lo general se hace de manera trimestral y se Válida sobre registros consignados en los RIPS – Registro individual de prestación de servicio de salud.<sup>31 32</sup>

Este tipo de Auditoría de cuentas médicas puede ser Concurrente, es decir es in-situ. Se aplica en los casos en que el usuario está recibiendo el servicio, y permite Válidar la pertinencia médica de las decisiones del personal que atiende el paciente. Las objeciones que encuentra la auditoría son notificadas a la entidad que presta el servicio y además son tenidas en cuenta en el momento en que se lleve a cabo la Auditoría Retrospectiva. Esta auditoría puede cambiar la conducta de atención del paciente, en caso de que el Auditor tenga la razón. El Auditor siempre buscará disminuir sobrecostos en la atención del paciente por no pertinencia o por tarifas.

## **2.2. AUDITORÍA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD**

El concepto de Auditoría de régimen subsidiado en Salud es un concepto reciente, implementado desde el año 2011 aunque los temas de inspección, Vigilancia y control sobre los recursos de salud, siempre han existido desde la creación de la ley 100 de 1993 y están bajo la responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud.<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747. 07. Diciembre. 2007. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2007 No. 46835. 10 P.

<sup>30</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3374. 27. Diciembre. 2000. artículo 1. Concepto de "Epicrisis". 43 P.

<sup>31</sup> *Ibíd.* 43 P.

<sup>32</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1531. 29. Agosto. 2014. 7 P

<sup>33</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100. 23, Diciembre, 1993. Artículo 230, parágrafo 2. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. No. 41148. P. 1.

La cofinanciación de régimen subsidiado en salud tiene participación de presupuesto nacional, departamental y municipal. Inicialmente, el proceso formal para la ejecución de estos recursos se hacía mediante un contrato de aseguramiento que se firmaba entre las EPS y los alcaldes de los municipios y en los municipios no certificados se firmaban contratos tripartitos porque incluían la gobernación del departamento. El valor de los recursos de cofinanciación Nacional y Departamental era girado directamente a la cuenta de régimen subsidiado de los municipios. Inicialmente, su manejo se hacía en una cuenta bancaria normal, posteriormente, para garantizar el control del manejo transparente de estos recursos por parte de los municipios, se determinó que debían manejarse a través de una Cuenta maestra.<sup>34</sup> Esta cuenta maestra debe ser autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y con ella se limitan las salidas de dinero a beneficiarios previamente inscritos y Válidados por la entidad bancaria en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el sistema de contratación estatal, un Contrato debe tener un interventor<sup>35</sup> o supervisor que garantice el cumplimiento de su objeto en condiciones de calidad, cantidad y oportunidad, y en régimen subsidiado dichas actividades de vigilancia, seguimiento y control se llevan a cabo mediante la Interventoría de Régimen subsidiado en salud, y este proceso era llevado por entidades avaladas por la superintendencia nacional de salud las cuales eran contratadas por los municipios para llevar a cabo esta actividad.

Una de las funciones de las empresas interventoras era liquidar el valor a pagar a las EPS, y la periodicidad de generación de la liquidación era bimensual. Debido a la lentitud en el flujo de los recursos de parte de los municipios a las EPS, y de éstas a su vez a la red pública y privada contratada, el gobierno nacional a través de la ley 1438 de 2011 crea el concepto de Giro directo.<sup>36</sup> Esto significa que los recursos para financiar el sistema no son girados a la cuenta maestra del municipio sino que el Ministerio de Salud y Protección Social, en nombre del municipio, gira de manera directa a cada EPS o IPS de acuerdo al monto que la EPS determine girar a la IPS o proveedor previamente inscrito para tal fin.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> URL. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CUENTAMAESTRA.aspx>

<sup>35</sup> URL. <http://auditoool.org/blog/sector-gobierno/282-el-papel-de-la-interventoria-en-la-contratacion-estatal>

<sup>36</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. 19, Enero, 2011. Artículo 29, Reglamentado por Decreto 971/2011. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 47957. 43 P.

<sup>37</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2320. 17. Junio. 2011. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011 No. 48106. 10 P.

Este manejo se ha venido llevando a cabo con los recursos que cofinancia el gobierno nacional y en algunos casos con los recursos de cofinanciación de origen departamental. El Ministerio de Salud y Protección Social es quien ahora liquida con periodicidad mensual, el valor a pagar a cada EPS y dicha liquidación es publicada para que cada entidad territorial la pueda consultar y dar flujo a los recursos que operan Con Situación de Fondos, es decir, que el dinero ingresa a la cuenta maestra, así como proceder a aplicar el descargue en presupuesto de los recursos que operan Sin situación de fondos, es decir aquellos que fueron aplicados mediante el Giro Directo. En otras palabras, el municipio debe registrar en el presupuesto la totalidad de los recursos (Con y Sin situación de fondos).

Es importante aclarar que, aunque la liquidación del valor mensual a pagar a las EPS la hace directamente el Ministerio de Salud y Protección Social, el insumo a partir del cual calcula el valor, corresponde al total de afiliados cargados en la Base De Datos Única Nacional - BDUA multiplicado por el valor de la UPCS Mensual. En otras palabras, le compete a los municipios garantizar que los afiliados de la base BDUA, los cuales son cargados directamente por las EPS, correspondan a la población real afiliada y Válidada, para evitar pago indebido de recursos del subsidio de salud por registros inconsistentes o irregulares.

Este proceso fue reglamentado por el decreto 971 de 2011, en el cual propone que, para dar formalidad al giro Directo de los recursos, ya no se utilizarían los contratos de aseguramiento, sino que a cambio se definió un instrumento jurídico y técnico, denominado Acto administrativo que es una Resolución emitida por el alcalde, mediante la cual se garantiza la disponibilidad de los recursos para el régimen subsidiado de salud durante la vigencia que es anual. Al no existir contrato ya no cabe el concepto de interventoría, por lo que las actividades de seguimiento, vigilancia y control, pasaron a realizarse a través del concepto de Auditoría al Régimen subsidiado en Salud. Los municipios pueden aplicar auditoría interna o hacerlo como auditoría externa al contratar los servicios profesionales de apoyo para llevar a cabo esta actividad o pueden contratar con las empresas que venían siendo autorizadas por parte de la superintendencia nacional de salud inicialmente para efectuar la interventoría.

La Auditoría al régimen subsidiado en salud comprende una serie de actividades que deben llevar los municipios de manera permanente y sistemática que permita monitorear el acceso oportuno y la calidad de los servicios establecidos en el POS a los afiliados a través de las EPS, en aras de garantizar el mejoramiento continuo

dentro del marco del SGSSS. La Superintendencia Nacional de Salud descentraliza el proceso mediante la delegación de este seguimiento a las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales<sup>38</sup>, y emite la circular externa 06 de 2011 que establece el reporte de informes bimensuales de auditoría al régimen subsidiado en salud de obligatorio cumplimiento por parte de los municipios.

Las actividades que debe ejecutar la entidad territorial, acorde a dicha circular, son:

- 1) Vigilar permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado.<sup>39</sup>
- 2) Evitar el pago indebido de UPC-S dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud sea por multi-afiliación, duplicidad, falta de debido proceso en la focalización de usuarios, no cumplimiento de criterios para acceder al subsidio de salud, etc.
- 3) Válidar que los servicios de salud contratados por las EPS estén habilitados.
- 4) Efectuar seguimiento al estado de cartera de las EPS con la red pública y privada y en todos los niveles de complejidad
- 5) Llevar a cabo el proceso de asignación de usuarios, de conformidad con la normatividad que esté vigente, en caso de revocatoria de licencia a una EPS, o retiro del municipio o liquidación o disolución de la misma.
- 6) Tomar las medidas necesarias que garanticen la continuidad de los servicios de salud cuando se apliquen pruebas piloto de nivelación de POS
- 7) Efectuar el seguimiento a las EPS en cuanto a sus obligaciones de pago de aportes patronales y parafiscales.
- 8) Dar respuesta a los requerimientos efectuados por la comunidad relacionados con el régimen subsidiado de salud
- 9) Informar a la superintendencia nacional de salud en los casos en que las EPS no dieron respuesta a los requerimientos de la ET, o cuya respuesta no sea satisfactoria. El seguimiento debe enviarse en el informe bimensual.

---

<sup>38</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. 19, Enero, 2011. Artículo 118. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 47957. 43 P.

<sup>39</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 971. 31, Marzo, 2011. Artículo 14. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 48028. 8 P.

- 10) Informar a la superintendencia nacional de salud cuando se presenten inconsistencias o irregularidades detectadas en la ejecución del aseguramiento del régimen subsidiado
- 11) Efectuar el seguimiento de cumplimiento por parte de las EPS en cuanto a la articulación de los servicios de salud que garanticen el acceso efectivo y la complementariedad entre los planes de salud y los servicios no POS.
- 12) Efectuar el seguimiento de cumplimiento por parte de las EPS en cuanto a la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- 13) Efectuar seguimiento a las selecciones de riesgo por parte de las EPS.
- 14) Verificar que el acceso a los servicios de salud de la población afiliada a una EPS se dé a partir de la fecha de afiliación, con independencia de la fecha de su cargue efectivo en la BDUA.
- 15) Efectuar seguimiento a los procesos de auditoría externa que deben llevar a cabo las EPS con los prestadores de servicios contratados para atender la población afiliada, mediante la cual se evalúen los procesos de atención a los usuarios.
- 16) Efectuar seguimiento a la entrega de la base de datos a la red de servicios de salud
- 17) Efectuar seguimiento a las metas de promoción y prevención programadas y ejecutadas.
- 18) Requerir la copia de los contratos de la red de servicios de salud contratada por las EPS en todos los niveles de complejidad
- 19) Válidar que la EPS entregue a los usuarios la Carta con los derechos de los afiliados y de los pacientes y la Carta de desempeño.
- 20) Efectuar seguimiento a la afiliación y cargue a la BDUA de los recién nacidos y de la población pobre no asegurada
- 21) Efectuar el seguimiento a los procesos de divulgación de la red de servicios de la EPS y régimen de copagos.
- 22) Efectuar el seguimiento a los casos de negación de traslado por parte de las EPS.
- 23) Efectuar el seguimiento a los casos de obstaculización de la afiliación de los usuarios o desviación a otro asegurador, violentando el libre derecho de elección de EPS.
- 24) Efectuar seguimiento a los mecanismos de participación social
- 25) Efectuar seguimiento a la gestión de respuesta de la EPS ante los requerimientos que le presente el público en general
- 26) Verificar la atención a los usuarios por parte de la EPS y de los prestadores de servicios de salud.

- 27) Efectuar seguimiento a la EPS en cuanto al cumplimiento de no intermediación en la contratación de la red de servicios de salud, es decir que la EPS tiene prohibido contratar con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la (EPSS), esto es al prestador primario habilitado.
- 28) Efectuar el seguimiento de la capacidad de la red contratada para atender la población afiliada por la EPS.
- 29) Efectuar el seguimiento al flujo oportuno de recursos, glosas, conciliación de glosas dentro de los tiempos establecidos por la ley<sup>40</sup> y seguimiento al cumplimiento de fechas establecido en las actas de pago. En el caso de los contratos celebrados por la modalidad de capitación, se debe verificar que se cumpla el giro del 100% anticipado del valor mensual contratado mediante el giro directo, y si se aplican descuentos se debe validar si corresponden a recobros, menor población reconocida o metas pactadas e incumplidas de cobertura, resolutivez y oportunidad. En caso de los contratos celebrados por evento o paquete, verificar que el pago de la facturación radicada se dé por el 50% del valor dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la presentación de la factura, y el 50% dentro de los 30 (treinta) días siguientes en caso de que no se presenten glosas.<sup>41 42</sup>
- 30) Validar que la EPS contrate los servicios contenidos en los POS vigentes, con la red pública prestadora de servicios de salud habilitada en el municipio, en la cual se encuentra autorizado para operar el régimen subsidiado, siempre y cuando el municipio cuente con la oferta pública que le permita prestar los servicios a financiar con los porcentajes mínimos establecidos en la normatividad vigente. No obliga la contratación con la red pública del municipio cuando:
- a) El municipio no disponga de oferta de servicios suficiente, en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS.
  - b) La no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios.

---

<sup>40</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. 19, Enero, 2011. Artículo 57, Reglamentado por Decreto 971/2011. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 47957. 43 P.

<sup>41</sup> *Ibid.* Artículo 56. 43 P.

<sup>42</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122. 09, Enero, 2007. Artículo 13, numeral d) Diario Oficial. Bogotá D.C., 2007. No. 46506. 24 P

c) Por razones geográficas, con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios, deba utilizarse la red prestadora ubicada en otro municipio por accesibilidad geográfica esto es por ser más cercana.

En caso de que no se contrate con la red más cercana, en todo caso los municipios deben informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos, y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes.

- 31) Efectuar seguimiento a los contratos por capitación que celebre la EPS con los prestadores de servicios de salud, en cuanto a que se garantice la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si hay servicios que la red contrata con terceros, se debe garantizar que estas entidades o personas, tengan habilitados los servicios de salud y esto debe quedar explícito en el contrato.
- 32) Efectuar el seguimiento a la contratación de la Póliza de alto costo y pagos mensuales.<sup>43</sup>

En cumplimiento a la circular externa 06 de 2011 cada departamento generó su propio formato de consolidación de auditoría, el cual debe ser diligenciado por cada municipio y en el cual se vea reflejado el seguimiento a las actividades descritas en dicha circular. Este formato se reporta cada dos meses y es el insumo para que cada departamento evalúe el comportamiento de los procesos de auditoría que lleva a cabo cada municipio y reporte los casos que considere pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud.

---

<sup>43</sup> Íbid. Artículo 19. 24 p.

### 3. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta monografía, en primera medida se identificaron cada una de las actividades establecidas en la normatividad vigente, en torno a las cuales los municipios deben establecer el seguimiento, vigilancia y control. Luego se procedió a estudiar el formato bimensual de auditoría que solicita el departamento de Santander, para determinar algunas de las variables que se deben tener en cuenta en el momento de capturar los datos. Otras variables se identificaron con base en el estudio de las actividades.

Una vez identificadas las variables de estudio, se estableció su nombre, unidad de medida, tipo de variable, rango de valores, periodicidad. El paso a seguir fue clasificarlas dentro de los procesos de la auditoría y definir los soportes físicos o magnéticos que se requieren para medir cada una de ellas, si la medición se obtiene de manera directa o indirecta.

Posteriormente se procedió a elaborar los formatos de captura de datos a partir de los cuales se pueda llevar un registro histórico de la información, que además permita un seguimiento en el tiempo. Se establecieron ítems sobre los cuales se definió un indicador que se convierte en el termómetro para medir el grado de cumplimiento, y a partir del mismo, se definieron los puntos a tenerse en cuenta para establecer planes de mejoramiento y su seguimiento. Se definieron los tiempos de cumplimiento de cada indicador y las actuaciones a seguir en caso de que no se cumpla con la meta del mismo.

También se hizo un estudio de los conceptos de Auditoría a nivel general y auditoría aplicada al sector salud, de tal manera que el trabajo estuviera orientado bajo los conocimientos y lineamientos de los mismos.

Simultáneamente, con la ejecución del contrato de consultoría celebrado con el municipio Lebrija Santander y la autora de esta monografía<sup>44</sup>, y con la autorización del señor alcalde (Ver anexo No. 1) estos formatos fueron válidos en campo con datos reales obtenidos de las EPS e IPS del municipio y finalmente se elaboraron los formatos definitivos acordes con los resultados del trabajo de campo.

Lebrija pertenece al departamento de Santander (Colombia). Se ubica a 15 Kilómetros de Bucaramanga, capital del departamento, a menos de 3 km del Aeropuerto Internacional Palonegro y se encuentra ubicada a menos de

---

<sup>44</sup> “Al momento de la realización de la monografía, la autora de este trabajo, tenía un contrato de prestación de servicios Profesionales de Apoyo a los procesos del aseguramiento en salud en el municipio de Lebrija, departamento de Santander, el cual incluye el apoyo a los procesos de auditoría del régimen subsidiado en salud”.

500 km de la capital del país. Llamada la “Capital piñera de Colombia”, por ser este producto agrícola el más importante renglón en la economía de este municipio, tal es así que cada mes de junio se realiza unas festividades en honor a esta fruta (Feria de la Piña) que incluyen verbenas, degustaciones de productos hechos con la piña y conciertos musicales. También se destaca en su economía los productos avícolas (pollo, huevo), por la cantidad de galpones que hay en la zona rural del municipio dedicado a la crianza de esta ave.<sup>45</sup>

Lebrija está clasificado como municipio de sexta categoría, cuenta con una población en SISBEN de 38.845 personas<sup>46</sup>. El total de población afiliada al régimen subsidiado en su municipio es de 21.319.<sup>47</sup> Cuenta con tres EPS operando el régimen subsidiado que son COMPARTA (10.604 afiliados), COOSALUD (8.698 afiliados) Y NUEVA EPS SUBSIDIADA (451 afiliados). Así mismo, las EPS del régimen contributivo que reciben afiliados por Movilidad al régimen subsidiado son NUEVA EPS MOVILIDAD (530 afiliados), CAFESALUD (619 afiliados), COOMEVA (413 afiliados), SALUDVIDA (3 afiliados) y SANITAS (1 afiliado). Tiene población afiliada al régimen contributivo un total de 14.726 usuarios en estado Activo<sup>48</sup>. Cuenta con una IPS pública de primer nivel de complejidad llamada ESE Hospital San Juan de Dios de Lebrija. También cuenta con IPS de carácter privado como FORPRESALUD, SALUD PLENA S.A. y VIDASER EU.

---

<sup>45</sup> URL. [https://es.wikipedia.org/wiki/Lebrija\\_\(Santander\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Lebrija_(Santander))

<sup>46</sup> COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Base sisbén certificada por DNP Corte 22/09/2016. 2016.

<sup>47</sup> COLOMBIA. CONSORCIO SAYP. ARCHIVOS SFTP Base población Activa Maestro Régimen subsidiado Municipio corte 31/10/2016. 2016

<sup>48</sup> COLOMBIA. CONSORCIO SAYP. ARCHIVOS SFTP Base régimen contributivo BDUJ Corte 29/10/2016- 2016

## 4. RESULTADOS

De acuerdo a las actividades descritas en la normatividad vigente, se presenta a continuación una serie de formatos, organizados dentro de procesos inherentes a la auditoría de régimen subsidiado en salud, bajo los lineamientos de la Secretaría de Salud Departamental de Santander. Cada formato se genera con base en un objetivo, se presenta una breve descripción del mismo, indicadores asociados, y puntos críticos sobre los cuales se deben establecer los planes de mejoramiento por parte de las entidades territoriales y finalmente unas recomendaciones. Tanto, el diligenciamiento de los formatos, los soportes que le dan validez a los mismos, así como, las actuaciones ante los puntos críticos encontrados, son la evidencia del seguimiento, vigilancia y control al régimen subsidiado en salud por parte del municipio.

A continuación, se relacionan los formatos por cada Proceso:

### 4.1. PROCESOS REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD

#### 4.1.1. Afiliación al Régimen Subsidiado

##### *Objetivos*

1. Garantizar el cargue de la población afiliada al régimen subsidiado a la BDUA por parte de las EPSS

*Formato A.1.1. Afiliaciones Nuevas en el SGSSS (Ver anexo No.2)*

##### *Descripción:*

Mediante este formato se busca llevar el seguimiento por cada EPS, del comportamiento del cargue mensual de las afiliaciones Nuevas a la base de datos única nacional BDUA, así como garantizar el debido proceso esto es, tener el soporte físico que garantice la debida asignación del subsidio. Se pueden presentar casos en los que las EPS, se nieguen a efectuar el proceso de afiliación a usuarios que cumplen con los requisitos para pertenecer al Régimen subsidiado en salud, esta práctica se denomina: “ Selección de Riesgo”, y la entidad territorial debe efectuar seguimiento para evitar que estos casos se presenten y garantizar la libre

elección de EPS, el derecho a pertenecer al régimen subsidiado en salud y el acceso real y efectivo a los servicios de salud.<sup>49</sup>

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de cargue población nueva a la BDUA	Total usuarios nuevos cargados/ total usuarios con FUAT	100%
Número de casos de Selección de Riesgo	Total de casos de selección riesgo presentados en el período	0

Puntos críticos:

- No reporte de los usuarios para cargue a la BDUA
- Reporte de usuarios que no cumplen con los criterios para pertenecer al régimen subsidiado en salud
- Reporte de usuarios para quienes la EPS no presentó ante la Entidad Territorial – ET, el soporte físico
- Reporte de cargue indebido de usuarios por parte de las entidades con medida cautelar o de vigilancia especial por parte de la superintendencia nacional de salud que limite la capacidad de afiliación
- Identificación de casos de selección de riesgo por parte de las EPS, es decir que la EPS negó la afiliación del usuario impidiendo el derecho de libre elección y acceso a los servicios de salud.

Recomendaciones: El diligenciamiento de este formato requiere que la entidad territorial cuente con las claves de acceso a los archivos del servidor nacional de la base de datos BDUA, acceso vía SFTP ( Secure File Transfer Protocol) publicados por el consorcio SAYP conformado por Fiduciaria La Previsora S.A. Fiduprevisora- y Fiduciaria Colombiana de Comercio Exterior S.A. -Fiducoldex quien a partir del año 2011 es la entidad contratada para administrar los recursos del FOSYGA , y

<sup>49</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122. 09, Enero, 2007. Artículo 25, numeral b). Diario Oficial. Bogotá D.C.,2007. No. 46506. 24 P.

para municipios grandes, se requiere contar con software de cruce de base de datos para minimizar los tiempos de revisión.

*Formato A.1.2. Afiliaciones por traslado en el SGSSS (Ver anexo No. 3)*

Descripción: Mediante este formato se busca llevar el seguimiento al comportamiento del cargue mensual de afiliaciones por traslado por parte de las EPS a la BDUA, así como garantizar el debido proceso esto es, tener el soporte físico que garantice la debida asignación del subsidio. En las afiliaciones por traslado también se pueden presentar casos de Selección de Riesgo por parte de las EPS a los cuales se les debe hacer seguimiento.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de cargue a la BDUA de población por traslado	Total usuarios por traslado cargados/ total usuarios con FUAT	100%
Total de casos de selección de riesgo	Número de casos de selección riesgo presentados en el período.	0

Puntos críticos:

- No reporte de los usuarios para cargue a la BDUA
- Reporte de usuarios que no cumplen con los criterios para pertenecer al régimen subsidiado en salud
- Reporte de usuarios para quienes la EPS no presentó ante la ET el soporte físico
- Reporte de cargue indebido de usuarios por parte de las entidades con medida cautelar o de vigilancia especial por parte de la superintendencia nacional de salud que limite la capacidad de afiliación
- Identificación de casos de selección de riesgo por parte de las EPS, es decir que la EPS negó la afiliación del usuario impidiendo el derecho de libre elección y acceso a los servicios de salud.

Recomendaciones: El diligenciamiento de este formato requiere que la entidad territorial cuente con las claves de acceso a los archivos del SFTP publicados por el consorcio SAYP y para municipios grandes, se requiere contar con software de cruce de base de datos para minimizar los tiempos de revisión.

*Formato A.1.3. Glosas aplicadas por el consorcio SAYP (Ver anexo No. 4)*

Descripción: El formato relaciona un consolidado de glosas aplicadas por el consorcio SAYP las cuales están clasificadas en glosas de estructura y glosas de negocio. Una vez que las EPS reportan a cargue las afiliaciones sean nuevas o por traslado, pasan por una malla Validadora, que genera los archivos aprobados registrados con la extensión .VAL y los archivos glosados registrados con la extensión .NEG. Estos últimos son aquellos para los cuales se encuentra una inconsistencia, y es reportada con un código de glosa y de esta manera el registro no es cargado a la base BDUA.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de glosas para ingresos nuevos	Total de glosas por ingresos nuevos	0
Número de glosas para ingresos por traslado	Total de glosas por ingresos por traslado	0

Puntos críticos:

- Acciones de la entidad territorial ante cada EPS, frente a la causa principal de glosa para ingresos nuevos y para traslados.
- Acciones de la entidad territorial ante un comportamiento ascendente de glosas en el tiempo por parte de alguna EPS.

Recomendaciones: El diligenciamiento de este formato requiere que la entidad territorial cuente con las claves de acceso a los archivos del SFTP publicados por el consorcio SAYP. La entidad territorial debe tener las definiciones de los códigos de glosas. Es importante medir la tendencia cada mes con el objetivo de que el indicador tenga un comportamiento descendiente.

*Formato A.1.4. Glosas Consorcio SAYP por registro (Ver anexo No. 5)*

Descripción: El formato permite llevar un control de seguimiento a cargue a la BDUA por cada registro, determinando la causal de glosa aplicada por la malla Validadora, la cual impide el cargue a la BDUA.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de Usuarios no reportados por primera vez a la BDUA	Total de registros no reportados a cargue a la BDUA ninguna vez	0
Número de Usuarios con un solo reporte a BDUA no cargados	Total de registros con un solo reporte a BDUA sin cargue por glosa	0
Número de usuarios sin solución de glosa	Total de usuarios reportados con la misma causal de glosa en reiteradas ocasiones	0
Número de usuarios glosados por la EPS origen	Total de usuarios glosados por EPS Origen	0

Puntos críticos:

- Reporte de usuarios a cargue de manera reiterativa a los cuales el consorcio SAYP aplica la misma glosa y no hay solución de la misma por parte de la EPS.
- Usuarios que nunca han sido reportados a cargue a la BDUA
- Usuarios que una vez fueron glosados por el SAYP no fueron reportados nuevamente por parte de la EPS a la BDUA
- Usuarios que tienen el debido proceso de afiliación por traslado pero que fueron negados por la EPS origen con una causa no justificable.

Recomendaciones: El diligenciamiento de este formato requiere que la entidad territorial cuente con las claves de acceso a los archivos del SFTP publicados por el consorcio SAYP. La entidad territorial debe tener las definiciones de los códigos de glosas. Es importante que se generen actuaciones ante las EPS, debido a que

los usuarios no cargados a la BDUA tienen dificultades para acceder a los servicios de salud en el momento en que las IPS validan la información del estado del usuario en el FOSYGA.

*Formato A.1.5. Glosas Entidad Territorial por registro (Ver anexo No. 6)*

Descripción: El formato permite llevar un control de seguimiento a cargue a la BDUA por cada registro, determinando el motivo de glosa mediante la cual la afiliación no fue aprobada por el municipio. Estas glosas se reportan en el informe mensual de novedades que es un archivo generado por una malla Validadora con extensión .Pak.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de glosas aplicadas por Municipio	Total de glosas reportadas a BDUA en archivo con extensión .pak	0

Puntos críticos:

- Afiliados no cargados a la BDUA por no entrega de soportes por parte de las EPS ante la ET
- Afiliados cargados por movilidad sin soporte radicado ante el ET

Recomendaciones: El diligenciamiento de este formato requiere que la entidad territorial cuente con las claves de acceso a los archivos del SFTP publicados por el consorcio SAYP, la tarea que se lleva a cabo es la revisión mensual de las afiliaciones reportadas a cargue por parte de las EPS, esto es, la revisión de los archivos de ingresos y traslados, y la respectiva Validación contra soportes físicos de la afiliación radicados ante el municipio.

*Formato A.1.6. Afiliación de Nacimientos (Ver anexo No. 7)*

Descripción: el formato permite llevar un control de las gestantes de cada EPS en cuanto a que una vez se presente el nacimiento, se logre la afiliación del Recién Nacido.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de nacidos vivos sin afiliación	Total de nacidos vivos sin afiliación/total de nacidos vivos en el periodo	0%
Porcentaje de nacidos vivos sin encuesta SISBEN	Total de nacidos vivos sin SISBEN/total de nacidos vivos en el periodo	0%

Puntos críticos:

- Identificación de nacimientos no afiliados por parte de las EPS
- Identificación de nacimientos que no han sido incluidos en la ficha de SISBEN

Recomendaciones: El municipio debe solicitar a la EPS la lista de gestantes y llevar el control de seguimiento mediante visitas periódicas. Debe hacer un trabajo coordinado con Registraduría municipal para lograr el registro del recién nacido y con la oficina del SISBEN para lograr la inclusión de la novedad de nacimiento en la ficha correspondiente.

## 2. Garantizar la afiliación de la población Pobre no asegurada

*Formato A.2.1. Afiliación de la Población Pobre no asegurada – PPNA (Ver anexo No. 8)*

Descripción:

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de población pobre no asegurada	Total de población PPNA/ (Total población nivel 1 y 2 de sisbén + total población en listado censal)	0%

Puntos críticos:

1. Incremento de la PPNA en un municipio en lugar de disminuir.
2. Población en lista PPNA con documento inconsistente para la edad.
3. Detección de nueva población PPNA en estado RE o DE del régimen contributivo para quienes no surtió proceso de movilidad cumpliendo con todas las condiciones.

Recomendaciones: El total de población PPNA incluye la población nivel 1 y 2 de sibén sin seguridad social y la población de listado censal sin seguridad social, la cual debe ser obligatoriamente publicada por parte del municipio mediante acto administrativo, así mismo se debe garantizar la socialización y búsqueda activa de esta población, eventos de afiliación, para lograr la universalización de la salud<sup>50</sup>. EN la actualidad, el municipio puede aplicar afiliación por oficio en caso de que haya una negativa de afiliación por parte del usuario o que agotado el proceso de búsqueda no se haya logrado localizar. El departamento de Santander generó un documento marco que define una Estrategia para la afiliación sistemática de la población PPNA en Santander.

Para poder generar la PPNA del municipio se requiere aplicar cruce de base de datos, que incluyan la base de datos maestra municipal, la base de datos de régimen subsidiado de la BDUA, la base de datos del régimen contributivo de la BDUA, la población que haya podido identificarse activa con otras bases como la de Magisterio, régimen especial o de excepción, pensionados y el cruce con Fosyga nacional. Se requiere contar con la clave WEB FOSYGA mediante la cual se reportan archivos de extensión XML para ser cruzados con la BDUA Nacional. Así mismo contar con la clave de acceso SFTP para descargue de las bases de la BDUA municipal.

Una vez identificada la base PPNA se debe efectuar procesos de depuración de documentos inconsistentes, estrategias de cruce con registraduría nacional y para la población que no haya actualizado el documento, estrategias de búsqueda activa y citación mediante edictos.

*Formato A.2.2. Afiliación de la PPNA por EPS (Ver anexo No. 9)*

---

<sup>50</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. 19, Enero, 2011. Artículo 32. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 47957. 43 P.

Descripción: El formato permite llevar a cabo un seguimiento al comportamiento del cargue de afiliados a la BDUA por parte de cada EPS, los cuales pertenecían a la lista PPNA.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de cargue usuarios PPNA	Número de usuarios PPNA Cargados en BDUA/ total de usuarios PPNA Afiliados	100%

Puntos críticos:

1. Población PPNA con afiliación normal o por oficio<sup>51</sup> que no haya sido cargada por parte de las EPS.

Recomendaciones: Es deber de la entidad territorial garantizar que el usuario PPNA sea afiliado, pero además sea cargado a la BDUA. Los gastos de salud de usuarios que no tienen afiliación alguna son asumidos con cargo a los departamentos. El giro anual de los recursos destinados por el gobierno nacional para atención por oferta, es decir, destinado para la atención de la población PPNA, es cada vez menor, lo cual significa que debe lograrse afiliar a toda la población PPNA para no afectar el flujo de recursos a la red por atenciones a esta población asumidas con cargo a la oferta

#### 4.1.2 . Reporte de novedades a la BDUA

*Objetivos*

1. Efectuar seguimiento al reporte y cargue de novedades a la BDUA

*Formato B.1.1. Reporte de novedades a BDUA por parte de la entidad territorial (Ver anexo No. 10)*

Descripción: Mediante el formato se lleva un control del registro de novedades reportadas a la BDUA por parte de la entidad territorial

---

<sup>51</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2353. 03, Diciembre, 2015. Artículo 40, párrafo 3. 61 P.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de duplicidades solucionadas	Total de registros duplicados con solución en BDUA / Total de registros duplicados	100%
Porcentaje de población fallecida retirada en BDUA	Total de registros reportados con novedad N09 a BDUA / Total de registros de población fallecida	100%

Puntos críticos:

- Encontrar población fallecida que no ha podido ser reportada porque no se cuenta con el soporte de defunción

Recomendaciones: El municipio debe revisar mensualmente los archivos dispuestos en el SFTP que contienen la liquidación mensual de afiliados, ya que allí se relaciona población presuntamente fallecida, multiafiliada con régimen especial o de excepción, pensionada, para quienes el municipio debe hacer la búsqueda y Validar su estado actual para proceder a reportar las novedades en caso de confirmarse la presunción reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo debe llevar a cabo cruces de bases de datos que permitan identificar la población duplicada en la BDUA o multiafiliada con otros regímenes o con otros municipios en el mismo régimen de salud.

*Formato B.1.2. Reporte de novedades a BDUA por parte de la EPS (Ver anexo No. 11)*

Descripción: el formato permite determinar el total de novedades reportadas a la BDUA por parte de las EPS por cada uno de los códigos.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META

Número de usuarios con documento desactualizado o inconsistente	Total de usuarios con documento desactualizado o inconsistente	0
---	--	---

Puntos críticos:

- Verificar que las EPS no reportan actualización de documentos de usuario que ya han sido detectados y actualizados en base maestra municipal.
- Población que requiere arreglo en los datos del usuario pero que no han sido reportados por parte de la EPS a la BDUA

Recomendaciones: Las novedades reportadas a la BDUA por parte de las EPS deben ser aplicadas a la base maestra municipal, previa Validación de la información.

*Formato B.1.3.. Inconsistencias reportadas por la Secretaría de Salud departamental (Ver anexo No. 12)*

Descripción: El formato consolida los reportes enviados mensualmente por el departamento a los municipios en los cuales se detectan inconsistencias en la base de datos maestra municipal

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de inconsistencias solucionadas	Total de registros solucionados / Total de registros inconsistentes	100%

No se presentan puntos críticos para este formato, y como recomendación, es importante que la entidad territorial aplique los correctivos enviados mediante el debido proceso de acuerdo a cada tipo de inconsistencia.

2. Efectuar mesas de trabajo de cruce y depuración de la base BDUA

*Formato B.2.1. Consolidado base de datos Maestra – EPS – BDUA y SISBEN – LISTADO CENSAL (Ver anexo No. 13)*

Descripción: EL formato permite llevar un control mensual del total de usuarios activos de la base maestra municipal, de la base cargada en BDUA, y de la base que las EPS reportan a la red, así como del control de fechas de radicación de base de datos a la red de servicios de salud de primer nivel por parte de las EPS. También permite llevar el registro de la población que no cuenta con SISBEN o no registran en listado censal.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de coincidencia Base maestra versus base EPS	Total de registros coincidentes con EPS/ total de registros en base maestra municipal	95%
Porcentaje de coincidencia Base maestra versus base BDUA	Total de registros coincidentes con BDUA / total de registros en base maestra municipal	95%
Número de usuarios activos en BDUA Sin sisbén o Listado censal	Total de usuarios activos en la base BDUA sin sisbén o sin listado censal	

Puntos críticos:

- Reportes extemporáneos de la base de datos a la red de servicios de salud de primer nivel
- Población menor reportada a la red de servicios para contratos Capitados afectando el acceso a los servicios de salud de la población que no registra en base de datos, y pagando un menor valor a la IPS cuando a la EPS se le está reconociendo un número mayor de usuarios en el giro por LMA – Liquidación mensual de afiliados.
- Población cargada sin debido proceso de afiliación con Validación en SISBEN o listado censal

Recomendaciones: Es importante que el municipio cuente con una herramienta software que le permita efectuar los cruces de base de datos, ya que manualmente no es posible llevarlos a cabo por el volumen de datos que se manejan. Así mismo, la Válidación permanente de la población que está siendo reportada a la IPS la cual no puede ser menor a la reconocida por el Ministerio de salud. En cuanto a la población que no registra en SISBEN municipal ni en listado censal, puede tratarse de población que registre en SISBEN nacional con otro municipio, no obstante el municipio debe llevar a cabo esta Válidación para garantizar la debida focalización del subsidio de salud.

*Formato B.2.2. Consolidado Mesas de trabajo cruce con EPS (Ver anexo No. 14)*

Descripción: EL formato registra cada uno de los compromisos firmados en los planes de mejoramiento como resultados de las mesas de trabajo con las EPS y permite llevar a cabo un seguimiento a cada uno de ellos para Válidar su cumplimiento en el tiempo.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de mesas de trabajo de depuración de base de datos por EPS	Total de mesas de trabajo de depuración de base de datos por EPS por año	3 (anual)
Porcentaje de cumplimiento de compromisos	Total de compromisos cumplidos a satisfacción del municipio / total de compromisos firmados en plan de mejoramiento	100%

Puntos críticos:

- Verificar el incumplimiento por parte de las EPS a las acciones de mejoramiento de las mesas de trabajo

Recomendaciones: Es importante que el municipio cuente con una herramienta software que le permita efectuar los cruces de base de datos, ya que manualmente no es posible llevarlos a cabo por el volumen de datos que se manejan. Se debe tener especial cuidado en el cumplimiento de los compromisos de cada mesa de

trabajo, es decir que se lleve una continuidad o secuencialidad que permita medir el cumplimiento de la EPS. El cruce de base de datos debe permitir identificar la población cargada en BDUA que no registra afiliada en base maestra municipal ya que representa los valores de UPCS pagados por el ministerio de salud y protección social a las EPS de los cuales el municipio no ha reconocido al no registrar como afiliados en su base de datos.

#### **4.1.3. Red prestadora de Servicios de Salud**

##### Objetivos

1. Consolidar los contratos de red de servicios de salud
2. Verificar el cumplimiento de la contratación con la red pública por parte de las EPS
3. Verificar los contratos de suministro de medicamentos en todos los niveles de atención y a los pacientes de alto costo

*Formato C.1.1 Red prestadora de servicios de salud (Ver anexo No. 15)*

Descripción: EL presente formato permite llevar un registro de la red contratada por la EPS para la atención de la población afiliada.

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

##### Puntos críticos:

- Que la EPS no haya radicado los contratos de red a la entidad territorial para todos los niveles de complejidad o que estos no cubran toda la vigencia
- Que la EPS haya contratado servicios con entidades que no cuentan con el registro de habilitación de los mismos
- Que se detecte contratación con entidades intermediarias entre la EPS y la red prestadora
- Que la EPS no haya contratado los servicios de primer nivel de atención con la IPS pública de su jurisdicción

Recomendaciones: Es importante que el municipio requiera por escrito a las EPS la red de servicios, que valide que los servicios contratados estén habilitados y que además la red contratada sea la de mayor accesibilidad para el usuario. En caso de que haya poblaciones que por accesibilidad geográfica no puedan ser atendidos por la misma red, se debe solicitar copia del contrato para la atención de esta población.

Si la contratación no se está haciendo con la red pública la EPS debe presentar los soportes de esta decisión y se deben llevar a cabo los procesos de notificación a las entidades de control correspondientes.

4. Verificar el cumplimiento de las auditorías externas que deben ser aplicadas por parte de las EPS a la red contratada y verificación de infraestructura y capacidad instalada

*Formato C.2.1 Auditorías de EPS a la red de servicios de salud (Ver anexo No. 16)*

Descripción: El formato permite relacionar las auditorías que las EPS lleven a cabo a la red de servicios y están clasificadas por grupos dentro de los cuales se encuentra la capacidad instalada, infraestructura, talento humano, condiciones de habilitación, Atención al usuario, Suministro de medicamentos, Servicios asistenciales prioritarios, Historia Clínica, Programas Promoción y Prevención.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de auditorías aplicadas a la red de servicios de salud	Total de auditorías efectuadas a la red de servicios de salud contratada	Mínimo 2 por año por cada proveedor

Puntos críticos:

- Que la EPS no realice auditoría a la red de servicios de salud contratada
- Que no se evidencie seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de la EPS

Recomendaciones: El municipio debe estar atento a efectuar el seguimiento para que las EPS cumplan con los procesos de auditoría externa a la red de servicios de salud dentro del marco del cumplimiento del SPGCS

5. Verificar la accesibilidad, georreferencia, suficiencia y cobertura de la red contratada

*Formato C.3.1 Auditorías de Municipio a la red de servicios de salud (Ver anexo No. 17)*

Descripción: El formato permite registrar si se presentaron o no cierre de servicios de salud, durante el período a evaluar, si la red contratada es la más accesible para los afiliados, y si la EPS está garantizando el cubrimiento de todo el POS.

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

Puntos críticos:

- Que existan servicios del POS que no estén contratados con ningún proveedor por parte de alguna EPS
- Que se hayan presentado cierre de servicios de salud y la EPS no haya presentado red alterna
- Que haya población descubierta que no le está siendo garantizada la atención por accesibilidad geográfica
- Que la red contratada no tenga la capacidad instalada para la población afiliada

Recomendaciones: Se deben llevar a cabo visitas a la red de servicios de salud contratada para poder validar la información del presente formato. Hacer visitas de control cuando se detecte quejas por parte de los afiliados sobre la prestación del servicio de salud por parte de un proveedor relacionado con el objetivo.

#### **4.1.4. Flujo de recursos a la Red Prestadora de Servicios de Salud**

Objetivos

1. Verificar el giro de recursos a la red de servicios de salud
2. Efectuar seguimiento a los descuentos aplicados a la red de servicios de salud

*Formato D.1.1 Pagos a la red prestadora (Ver anexo No. 18)*

Descripción: El presente formato relaciona el comportamiento de los giros a la red contratada por parte de las EPS

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

Puntos críticos:

- Detectar que no se haya efectuado el giro directo a una IPS con modalidad de contratación por capitación
- Detectar que no se haya efectuado el giro directo a una IPS con modalidad de evento o paquete del 50% del valor facturado.
- Detectar que no se haya girado el esfuerzo propio territorial con situación de fondos a la red autorizada por la EPS o en su defecto a la misma EPS
- Identificar descuentos aplicados sin que la IPS conozca el motivo del valor glosado.

Recomendaciones: La entidad territorial puede consultar los valores girados por Liquidación mensual de afiliados, en la página web del Ministerio de Salud y Protección social lo cual le facilita este seguimiento. Se debe requerir por escrito y efectuar visita a las EPS e IPS para Validar la información. Se debe solicitar a la EPS e IPS reuniones conjuntas para solución de glosas.

### 3. Verificar el estado de cartera con los prestadores de servicios de salud

*Formato D.3.1. Estado de cartera (Ver anexo No. 19)*

Descripción: El formato permite registrar el comportamiento del estado de cartera con la red contratada por la EPS

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

Puntos críticos:

- Identificar deudas significativas respecto del valor facturado por la IPS
- Identificar deudas mayores a 1 año y que puedan corresponder a contratos no liquidados entre EPS e IPS
- Encontrar diferencias entre el estado de cartera presentado por la EPS y el que presenta la IPS para el mismo corte de fecha.

Recomendaciones: La entidad territorial debe requerir el estado de cartera por escrito a las EPS e IPS, y además llevar a cabo visita de verificación de la información.

#### **4.1.5. Contratación Póliza de Alto Costo**

## Objetivos

1. Verificar la contratación y pago mensual de la póliza de alto costo por parte de las EPS.

### *Formato E.1.1. Póliza de alto costo (Ver anexo No. 20)*

Descripción: El formato permite registrar los pagos efectuados a la aseguradora de póliza de alto costo contratada por cada EPS

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

Puntos críticos:

- Que la EPS no reporte la información de la forma de reaseguro para la atención de enfermedades de alto costo<sup>52</sup> mensualmente

Recomendaciones: La entidad territorial debe requerir los pagos de reaseguradora de alto costo por escrito a las EPS y además llevar a cabo visita de verificación de la información.

## **4.1.6. Pago obligaciones Aportes Patronales y Parafiscales**

### Objetivos

1. Verificar el pago mensual de los aportes patronales y parafiscales de las EPS

### *Formato F.1.1. Aportes patronales y parafiscales (Ver anexo No. 21)*

Descripción: El formato permite registrar el pago de aportes patronales y parafiscales mensualmente por cada EPS

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

Puntos críticos:

- Que la EPS no reporte los soportes de pago de aportes patronales y parafiscales mensualmente

---

<sup>52</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122. 09, Enero, 2007. Artículo 29. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2007. No. 46506. 24 P.

Recomendaciones: La entidad territorial debe requerir los parafiscales por escrito a las EPS y además llevar a cabo visita de verificación de la información.

#### 4.1.7. Atención al Usuario

##### Objetivos

1. Medir la satisfacción del usuario con la EPS y con la red de servicios de salud contratada
2. Medir los tiempos de espera para el acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados de cada EPS
3. Medir los tiempos de entrega de los medicamentos del POS

Formatos relacionados:

*Formato G.a. Encuesta de Satisfacción del afiliado en la EPS (Ver anexo No. 22)*

*Formato G.b. Encuesta de Satisfacción del afiliado en la IPS (Ver anexo No. 23)*

*Formato G.c Consolidado Encuesta de Satisfacción del afiliado en la EPS (Ver anexo No. 24)*

*Formato G.d Consolidado Encuesta de Satisfacción del afiliado en la IPS(Ver anexo No. 25)*

Descripción: Se trata de dos formatos dos de ellos de encuesta individual para medir satisfacción del usuario en la EPS y en la IPS en los 3 niveles de complejidad: baja, mediana y alta y dos adicionales para generar los consolidados de los dos tipos de encuestas. La importancia de estos formatos es permitir medir varios indicadores que deben ser monitoreados por la entidad territorial de manera permanente.

Indicadores: La lista de indicadores se mide por cada EPS.

<b>INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>META</b>
Porcentaje de satisfacción del usuario en la EPS	Total de usuarios satisfechos/ total de usuarios encuestados	100%
Porcentaje de satisfacción del usuario en la IPS Baja Complejidad	Total de usuarios satisfechos/ total de usuarios encuestados	100%

Porcentaje de satisfacción del usuario en la IPS Mediana Complejidad	Total de usuarios satisfechos/ total de usuarios encuestados	100%
Porcentaje de satisfacción del usuario en la IPS Alta Complejidad	Total de usuarios satisfechos/ total de usuarios encuestados	100%
Tiempo de entrega de medicamentos en la baja complejidad	Promedio del tiempo de entrega de medicamentos a los usuarios que han sido atendidos en la baja complejidad	Inmediato
Tiempo de entrega de medicamentos en la Mediana complejidad	Promedio del tiempo de entrega de medicamentos a los usuarios que han sido atendidos en la mediana complejidad	Inmediato
Tiempo de entrega de medicamentos en la Alta complejidad	Promedio del tiempo de entrega de medicamentos a los usuarios que han sido atendidos en la Alta complejidad	Inmediato
Tiempo de entrega de medicamentos faltantes en la baja complejidad	Promedio del tiempo de entrega de medicamentos faltantes a los usuarios que han sido atendidos en la baja complejidad	Máximo 48 horas <sup>53</sup>
Tiempo de entrega de medicamentos faltantes en la Mediana complejidad	Promedio del tiempo de entrega de medicamentos faltantes a los usuarios que han sido atendidos en la mediana complejidad	Máximo 48 horas
Tiempo de entrega de medicamentos faltantes en la Alta complejidad	Promedio del tiempo de entrega de medicamentos faltantes a los usuarios que han sido atendidos en la Alta complejidad	Máximo 48 horas

<sup>53</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1604. 17. Mayo. 2013. Artículo 7. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2013. No. 48799. 6 P.

Tiempo de entrega de autorización por parte de la EPS al usuario	Promedio del tiempo de entrega de autorización de servicio de salud a los usuarios	Máximo 5 días <sup>54</sup>
Tiempo de acceso a consulta de medicina general	Promedio del tiempo de asignación para cita médica	Máximo 3 días <sup>55</sup>
Tiempo de acceso a consulta odontológica	Promedio del tiempo de asignación para consulta odontológica	Máximo 3 días
Tiempo de acceso a consulta especializada (Ginecobstetricia)	Promedio del tiempo de asignación de cita para Ginecobstetricia	Máximo 15 días <sup>56</sup>
Tiempo de acceso a consulta especializada (pediatría)	Promedio del tiempo de asignación de cita pediatría	Máximo 5 días
Tiempo de acceso a consulta especializada	Promedio del tiempo de asignación de cita para consulta especializada	Máximo 20 días
Tiempo de acceso a Cirugía Programada	Promedio del tiempo de asignación de cita para Cirugía programada	Máximo 30 días <sup>57</sup>

Puntos críticos:

- Niveles de satisfacción medidos por debajo del 80%
- Tiempos de entrega de medicamentos o autorizaciones superiores a los indicados en la normatividad vigente
- Tiempos de acceso a consulta médica, odontológica, medicina especializada o cirugía superiores a los indicados en la normatividad vigente

<sup>54</sup> COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 019. 10, Enero, 2012. Artículo 125. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2012. No. 48308. 89 P.

<sup>55</sup> Ibid. Artículo 123. 89 P.

<sup>56</sup> COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular externa 056. 06, Octubre, 2009. 12 P.

<sup>57</sup> Ibid. 12 P.

Recomendaciones: El municipio debe aplicar una muestra significativa que permita medir estos indicadores, se recomienda consolidarlos bimensualmente y evaluar el comportamiento estadístico en el tiempo. También se debe requerir a la EPS e IPS la medición de estos indicadores para evaluar diferencias.

#### 4.1.8. Acceso a los Servicios De Salud y Medicamentos No Pos

##### Objetivos

1. Medir los tiempos de entrega de los medicamentos y procedimientos No POS

*Formato H.1.1 Acceso A Los Servicios De Salud Y Medicamentos No Pos (Ver anexo No. 26)*

Descripción: El formato relaciona el listado de solicitudes de eventos No pos, sean medicamentos, procedimientos y otros. Permite llevar un control por solicitud, así como medir los indicadores de tiempos de entrega

Indicadores: Se aplican por cada EPS

INDICADOR	FORMULA	META
Tiempo de respuesta a solicitud NO POS	Promedio calculado de respuesta a la petición NO POS	48 Horas <sup>58</sup>
Tiempo de entrega de medicamentos no pos	Promedio calculado de tiempo entrega de medicamentos no pos	Máximo 5 días hábiles <sup>59</sup>
Tiempos de acceso a procedimiento no pos	Promedio calculado de tiempo de prestación del servicio no pos	Máximo 5 días hábiles
Tiempo de suministro de otros servicios no pos	Promedio calculado de tiempo entrega de medicamentos otros servicios no pos	Máximo 5 días hábiles

Puntos críticos:

<sup>58</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1328. 15, Abril, 2016. Artículo 5, Parágrafo 2. 46 P.

<sup>59</sup> Ibíd. Artículo 21. 46 P.

- Incumplimiento en la meta de los indicadores que pongan en riesgo la vida e integridad de los pacientes

Recomendaciones: Cuando la atención es prioritaria, el tiempo máximo de suministro es de 1 (un) día calendario contado desde la fecha en que se genera la orden médica. Se debe tener especial cuidado en el cumplimiento de estos indicadores ya que un número significativo de acciones de tutela son por eventos No Pos.

#### 4.1.9. Acciones de Tutela contra las EPS

Objetivos

1. Llevar el seguimiento a las acciones de tutela interpuestas por los afiliados contra las EPS

*Formato I.1.1 Acciones de tutela (Ver anexo No. 27)*

Descripción: El presente formato permite llevar un registro del número de tutelas por cada entidad y la causa que mayor motiva a los usuarios a usar este mecanismo.

Indicadores: Se aplican por cada EPS

INDICADOR	FORMULA	META
Número de tutelas activas	Total de tutelas activas	0
Número de tutelas nuevas	Total de tutelas nuevas	0

Puntos Críticos:

- Aumento de tutelas contra una EPS de un período a otro
- No cumplimiento del fallo de tutela, o cumplimiento parcial de la misma
- Tutelas reiterativas sobre la misma situación que ameritan la intervención inmediata de la entidad territorial

Recomendaciones: Es importante tener contacto con el usuario para llevar un seguimiento del cumplimiento de la acción de tutela, y poner a disposición los mecanismos participación social para que el usuario haga uso de ellos en caso de que sienta vulnerados sus derechos.

#### 4.1.10. Peticiones, Quejas y Reclamos - PQR

##### Objetivos

1. Consolidar las quejas y reclamos captadas por SAC Municipal y por las EPS y efectuar el seguimiento

*Formato J.1.1 Peticiones, Quejas o reclamos -PQR (Ver anexo No. 28)*

Descripción: Este formato permite llevar una base de datos de registros de PQR por parte de los afiliados o potenciales beneficiarios del régimen subsidiado. Permite llevar un seguimiento y poder hacer consultas, por tipo, por mecanismo de recepción, por clasificación de la queja, por EPS, por estado.

Indicadores: Se calculan por cada EPS

INDICADOR	FORMULA	META
Número de PQR captadas	Total de PQR captadas en el período	0
Porcentaje de PQR Solucionados	Total de PQR solucionadas/ Total de PQR Captadas	100%
Porcentaje de PQR Pendientes de solucionar	Total de PQR pendientes de solucionar/ Total de PQR Captadas	0%
Tiempo de solución a PQR	Promedio: Sumatoria de días de solución / total de PQR Solucionadas	15 <sup>60</sup>

##### Puntos Críticos:

- Incremente de PQR de una EPS de un período a otro
- PQR Sin solución final
- PQR con tiempos de solución posteriores a los indicados en la normatividad vigente

---

<sup>60</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1755. 30, Junio, 2015. Artículo 14. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2015. No. 49559. 9 P.

Recomendaciones: El formato permite que el municipio maneje estadísticas por cada uno de los ítems detallados en la definición. La entidad territorial debe contar con una oficina de Servicio de Atención a la Comunidad SAC, con su respectivo buzón y efectuar aperturas semanales, además tener asignada la función del manejo de PQR en un funcionario que se encargue del registro, archivo y seguimiento. Para llevar un control efectivo de las PQR es importante el contacto con el usuario hasta lograr solución a su petición. Así mismo cada EPS debe tener implementado el SIAU - Sistema de Información y atención al usuario en la oficina local.

En cuanto a las meta de los indicadores, no necesariamente un número de PQR captadas en 0 indica que hay conformidad, muchas veces pueden presentarse obstáculos para que el usuario manifieste su petición por tanto es importante fortalecer la capacitación sobre cómo interponer una PQR tanto el municipio como las EPS. Una PQR sin solución debe documentarse ya que muchas veces la solución no está dentro del ámbito de la entidad territorial o EPS con su red de servicios y se requiere la intervención de una entidad de un nivel superior.

2. Válidar los soportes de actas de apertura de buzón por parte de las EPS

*Formato J.2.1. Actas de apertura de buzón de PQR (Ver anexo No. 29)*

Descripción: El formato permite el registro de las aperturas de buzón que deben llevar a cabo las EPS y la oficina del SAC Municipal.

Indicadores: Se generan por cada EPS y por el municipio

INDICADOR	FORMULA	META
Número de actas de apertura de buzón	Total de actas de apertura de buzón	4 por mes

Puntos Críticos:

- Que la EPS no tenga implementado el SIAU en el municipio y tenga centralizado el proceso, es decir, no cuente con oficina local
- Que el municipio no tenga oficina de SAC municipal ni responsable del proceso
- Que las actas de apertura de buzón no estén debidamente legalizadas y con los respectivos soportes.

Recomendaciones: Las aperturas de buzón deben hacerse semanalmente, para poder cumplir con los términos de tiempo de respuesta y solución dentro de los tiempos definidos por la normatividad vigente. Las actas deben estar firmadas por un representante de los usuarios que sea testigo en el momento de la apertura del buzón. En las EPS, las quejas del período deben socializarse mensualmente con los miembros que integran la alianza de usuarios quienes a su vez pueden brindar ideas y soluciones para que la EPS mejore la atención a los usuarios.

#### **4.1.11. Atención al Usuario en la Epss**

##### Objetivos

1. Verificar las instalaciones, personal de atención, equipos de oficina, herramientas logísticas con que cuenta la EPS dentro de la jurisdicción para garantizar la atención digna de los usuarios

##### *Formato K.1.1. Oficina local (Ver anexo No. 30)*

Descripción: El formato permite registrar las condiciones de atención al usuario desde el punto de vista de las instalaciones de la EPS, de las herramientas tecnológicas, del personal que atiende, del horario de atención, entre otros ítems, que permiten evaluar el trato digno al usuario por parte de la EPS.

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

##### Puntos Críticos:

- Que la EPS no cuente con oficina en el municipio
- Que la EPS no cuente con el personal de atención suficiente para el volumen de afiliados
- Que la EPS no garantice un trato digno al usuario evidente en las condiciones de la oficina

Recomendaciones: El municipio debe llevar a cabo visitas periódicas y por cada una de ellas tomar registros fotográficos de soporte.

#### 4.1.12. Actividades De Protección Específica y Detección Temprana - PEDT

##### Objetivos

1. Verificar la programación anual de actividades de protección específica y detección temprana y el cumplimiento trimestral de coberturas poblacionales por parte de la red contratada por la EPS

*Formato L. 1.1 Protección Específica y Detección temprana – PEDT (Ver anexo No. 31)*

Descripción: El presente formato permite registrar el seguimiento al cumplimiento de coberturas poblacionales actividades de protección específica y detección temprana. La información sobre las poblaciones estimadas y las actividades de protección específica y detección temprana que cada una de las EAPB deben garantizar, puede ser consultada en la página web de este Ministerio.<sup>61</sup>

##### Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de informes de seguimiento PEDT	Total, de informes radicados al municipio por parte de la EPS	4 por año

##### Puntos Críticos:

- Identificación de actividades críticas, debido a bajo cumplimiento de coberturas poblacionales
- Glosas significativas por parte de las EPS a las IPS, debido a no cumplimiento de coberturas lo que genera descuentos en el giro mensual siempre y cuando así se haya establecido en el contrato firmado entre las partes

Recomendaciones: Se recomienda establecer estrategias conjuntas entre EPS e IPS para lograr cumplir con las coberturas. Se debe fortalecer el seguimiento sobre la población que está asistiendo a los programas, así como la focalización de

---

<sup>61</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. URL.: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

nuevos usuarios. Finalmente lo que se busca es tener una población más sana que evite altos costos en salud a futuro y genere una crisis financiera en el sector salud.

## 2. Verificar las acciones de demanda inducida aplicadas por la EPS

### *Formato L.2.1 Demanda inducida (Ver anexo No. 32)*

Descripción: la Demanda Inducida se define como “la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.”<sup>62</sup> Las Empresas Promotoras de Salud deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda, de manera que se garanticen las coberturas teniendo en cuenta que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea.<sup>63</sup> Con el presente formato se evalúan las estrategias aplicadas por la EPS y se identificada la demanda efectiva a cada programa de PEDT.

Indicadores: Se aplican por EPS

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje población efectiva a un programa PEDT	Total, de usuarios que asistieron al programa / total de usuarios con demanda inducida	100%

Puntos Críticos:

- Que se evidencie que la EPS no cuente con personal para los procesos de Demanda Inducida.
- Que se evidencie que no se llevan a cabo salidas a área rural
- Que haya bajas coberturas en un programa y no se observen acciones específicas por parte de la EPS para fortalecer su cumplimiento.

Recomendaciones: Se recomienda trabajar los grupos aplicando filtro a la base de datos de usuarios activos y una vez identificada la población por cada programa,

---

<sup>62</sup> COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117. 29. Diciembre. 1998. Artículo 2. 6 P.

<sup>63</sup> *Ibíd.* 6 P.

agruparlos entre los asistentes y los que no han asistido la primera vez para solicitar a las entidades metas sobre nueva población.

#### 4.1.13. Mecanismos de Participación Social

##### Objetivos

1. Verificar el cumplimiento de la capacitación continua a la alianza de usuarios<sup>64</sup> y a los afiliados y temas impartidos

*Formato M.1.1 Capacitaciones a los Usuarios (Ver anexo No. 33)*

Descripción: El formato permite llevar el registro de las capacitaciones que las EPS deben hacer a los afiliados y a la alianza de usuarios, así como los temas tratados.

Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
Número de capacitaciones a los afiliados	Total de capacitaciones a los afiliados	Mínimo 1 (mensual)
Número de capacitaciones a la asociación de usuarios	Total de capacitaciones a la asociación de usuarios	Mínimo 1 (mensual)

Puntos Críticos:

- Pocos asistentes a las capacitaciones de afiliados
- Que las EPS no estén capacitando a sus afiliados o alianza de usuarios
- Que no se lleven a cabo capacitaciones en el área rural

Recomendaciones: Es importante solicitar a cada EPS el cronograma de capacitaciones del año y sugerir la inclusión de temas ( en caso de que no estén en lista ) como Deberes y Derechos del afiliado, funcionamiento del SGSSS, Proceso para interponer una petición, queja o reclamo (presencial, buzón , teléfono, pagina web y demás medios que disponga la institución), mecanismos de participación social, Red de servicios de salud, Copagos, proceso de afiliación, nueva

<sup>64</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757. 03. Agosto. 1994. Artículo 10. Diario Oficial. Bogotá D.C.,1994. No. 41477. 13 P.

normatividad en régimen subsidiado (ejemplo: Movilidad, Portabilidad, Sistema transaccional de salud)

## 2. Verificación de conformación de alianza de usuarios de cada EPS

### *Formato M.2.1 Alianza de Usuarios (Ver anexo No. 34)*

Descripción: el presente formato permite llevar un registro histórico de los miembros que integran la asociación de usuarios.

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

Puntos Críticos:

- Poca participación de los usuarios para pertenecer a la alianza de usuarios.
- Entidad sin alianza de usuarios conformada o con la vigencia ya vencida.<sup>65</sup>  
66
- Que los miembros de la asociación de usuarios no estén participando en otras instancias de participación social en el municipio<sup>67</sup>

Recomendaciones: Fortalecer los procesos de capacitación a los usuarios por parte de la entidad territorial para concientizarlos de la importancia de la participación en los diferentes comités de participación social y puedan desde allí, lograr gestionar un mejor servicio para ellos mismos.

## 3. Registrar los resultados de la medición de la satisfacción de usuarios aplicados por la EPS

### *Formato M.3.1. Indicadores satisfacción medidos por la EPS (Ver anexo No. 35)*

Descripción: este formato permite llevar el registro histórico del porcentaje de la satisfacción del usuario en la EPS y EN LA IPS, medido desde la perspectiva de la EPS y de los mecanismos aplicados.

Indicadores: No se relacionan indicadores para este formato

---

<sup>65</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100. 23, Diciembre 1993. Artículo 156 literal h. Art 157 parágrafo Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. No. 41148. P. 1

<sup>66</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757. 03. Agosto. 1994. Capitulo IV, Art 9,10, 11, 12. Diario Oficial. Bogotá D.C.,1994. No. 41477. 13 P.

<sup>67</sup> *Ibíd.* 13 P.

Puntos Críticos:

- Número de encuestas aplicadas por la EPS es muy bajo y no es significativo luego el valor obtenido no es representativo del universo de población en estudio
- Que la EPS no aplique encuestas para medir la satisfacción del usuario u otro mecanismo
- Que la EPS no presente a la entidad territorial, análisis de resultados obtenidos sobre la medición de la satisfacción del usuario.
- Que la EPS no genere planes de mejoramiento con base en el resultado del informe de análisis de satisfacción del usuario<sup>68</sup>

Recomendaciones: Es importante comparar las medidas de satisfacción del usuario medidas desde la EPS y las que mide la entidad territorial.

#### 4.1.14. Planes de Mejoramiento

##### Objetivos

1. Llevar el control de los planes de mejoramiento que sean aplicados por la EPS

*Formato N.1.1. Planes de Mejoramiento (Ver anexo No. 36)*

Descripción: El formato lleva un control de los planes de mejoramiento que firma la EPS durante el año, algunos de ellos son como consecuencia de los procesos de auditoría de régimen subsidiado que aplica el municipio, o de la mesas de trabajo de depuración de base de datos, también se lleva la información de los planes de mejoramiento que aplica la IPS a la red de servicios de salud, o con base en el análisis de PQR, o del análisis de informe de satisfacción del usuario o a partir de las propuestas que presente la alianza de usuarios.

##### Indicadores:

INDICADOR	FORMULA	META
-----------	---------	------

<sup>68</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011. 03, Abril, 2006. Artículo 37. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2006. No. 46230. 17 P.

Número de planes de mejoramiento	Total de planes de mejoramiento	Mínimo (anual)	10
----------------------------------	---------------------------------	----------------	----

**Puntos Críticos:**

- Que la EPS no lleva cabo actas de monitoreo de red de servicios
- Que la EPS no genere su propio plan de mejoramiento para cumplir con los hallazgos
- Que no se lleve a cabo análisis de PQR para poder generar planes de mejoramiento
- Que no se lleve a cabo análisis de informe de satisfacción del usuario para poder generar planes de mejoramiento

Recomendaciones: Es importante que desde la perspectiva de la auditoría de régimen subsidiado se genere un informe preliminar que indique el estado actual de cada uno de los procesos y a partir del plan de mejoramiento se lleve a cabo seguimientos periódicos al mismo. La entidad territorial también puede efectuar visitas de auditoría a la red y generar acciones de mejora.

#### **4.1.15. Hallazgos a los Entes de Control**

**Objetivos:**

1. Efectuar un seguimiento a los hallazgos por inconformidades no resueltas por las EPS que han sido notificados a las entidades de vigilancia y control competentes por parte del municipio.

*Formato 1.1.1 Notificación de Hallazgos a Entidades de Vigilancia y control (Ver anexo No. 37)*

1. Descripción: El formato permite llevar el registro del reporte de hallazgos a las diferentes entidades de vigilancia y control, entre ellas está la Personería Municipal, la Secretaría de Salud departamental, La superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría general de la República, La Procuraduría general de la Nación.

Indicadores: Se aplican por cada EPS

INDICADOR	FORMULA	META
Porcentaje de reportes enviados a entidades de vigilancia y control con solución efectiva	Total de reportes enviados a los organismos de control con solución efectiva/ Total de reportes enviados a los organismos de control	100%

**Puntos Críticos:**

- No obtener actuaciones de parte de las entidades de vigilancia y control
- Como producto de la notificación a las entidades de vigilancia y control, no obtener soluciones de parte de la EPS

Recomendaciones: En caso de no obtener actuaciones de la entidad a quien se reporta se debe acudir a otra instancia para lograr que se dé cumplimiento a la inconformidad no subsanada por la EPS y si lo amerita, le sea aplicada la respectiva sanción. Antes de enviar cualquier reporte, se debe haber agotado el debido proceso con la EPS y se debe tener soportes de la gestión que se hizo previamente.

## 5. CONCLUSIONES

Esta monografía recogió el trabajo de campo realizado por su autora en un contexto real y con el objeto de incorporar los ajustes e información requerida para que los municipios puedan hacer un seguimiento adecuado de los recursos del SGSSS y sobre todo, garantice que estos recursos se utilicen de manera adecuada y en pro de la población

Es importante hacer énfasis que el proceso seguido para el diseño de los formatos, incluyó, no solamente la revisión documental, sino el análisis de los formatos existentes a partir de los cuales se pudieron construir los formatos, objeto de esta monografía.

Los formatos propuestos en este trabajo son una herramienta mediante la cual se puede llevar el registro continuo e histórico del régimen subsidiado en el municipio, convirtiéndose en una valiosa fuente de información. Cada formato lleva una serie de documentos físicos o magnéticos que soportan la información en ellos consignada convirtiéndose en el insumo para que se analicen cada uno de los procesos que involucran las actividades de seguimiento, vigilancia y control y se generen los planes de mejoramiento para lograr dar cumplimiento a las directrices del SGSSS, se haga el seguimiento y en caso de fallas reiterativas, se cuente con todo el material probatorio para notificar a las instancias correspondientes.

La importancia significativa de este trabajo es que los formatos fueron probados con datos reales del municipio de Lebrija Santander, y se demostró su funcionalidad e importancia dentro de este contexto.

## BIBLIOGRAFIA

AGUDELO C. Carlos. CARDONA B. Jaime. ORTEGA B. Jesús. ROBLEDO M Rocio. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Colombia. 2011.

ALMEIDA Alexander. MONTAÑEZ Martha L. ARGUELLO Lida M. RANGEL Sandra D. Diagnóstico del cumplimiento de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander en su componente ente territorial - aseguradora en el año 2.008. Facultad De Medicina Postgrado En Auditoria En Salud Grupo XXIII. Bucaramanga. Santander. Colombia. 2009.

ARROYAVE ZULUAGA Iván Darío. La organización de la salud en Colombia. Ed: Periódico El Pulso ISBN: 0124-4388 v. 1pags. 585. Colombia. 2009.

BOHÓRQUEZ Bibiana, JIMÉNEZ B Carolina. Verificación de estándares de habilitación en una IPS Clínica Pediátrica De Segundo Nivel De Complejidad Ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. Universidad EAN Facultad De Posgrados Auditoria Y Garantía De Calidad En Salud. Bogotá D.C. . Colombia. 2012.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1755. (30, Junio, 2015). Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2015. No. 49559. 9 P.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1122. (09, Enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2007. No. 46506. 24 P.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10. (10, Enero,1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1990. No. 39137. 31 P

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. (19, Enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. DIARIO OFICIAL. Bogotá D.C., 2011. No. 47957. 43 P.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley Estatutaria 1751. (16, Febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 13 P.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 715. (21, Diciembre, 2001). por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial. Bogotá D.C., 301. No. 44654. 52 P.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100. (23, Diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 1993. No. 41148. P. 1.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 1562. (11, julio, 2012). Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2012. No. 48488. 22 P.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117. (29, Diciembre, 1998). Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 6 P.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 4107. (02, Noviembre, 2011). Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. 37 P.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 019. (10, Enero, 2012). Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2012. No. 48308. 89 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011. (03, Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2006. No. 46230. 17 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4975. (23, Diciembre, 2009). Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social. Declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-252 de 2010. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2009. No. 47572. 8 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2679. (30, Agosto, 2007). Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2007. No. 46715. 3 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2680. (03, Agosto, 2007). por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. 6 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Resolución 2320. (17. Junio. 2011). Por medio de la cual se establece el mecanismo de reporte de la información por parte de las Entidades Promotoras de Salud relacionada con los montos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2011 No. 48106. 10 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043. (03, Abril, 2006). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. 5 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3763. (18, Octubre, 2007). Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la resolución 2680 de 2007. 7 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1757 (03. Agosto. 1994). por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. Diario Oficial. Bogotá D.C.,1994. No. 41477. 13 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3374. (27. Diciembre. 2000). Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. 43 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412. (25, Febrero, 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 6 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 903. (13, Mayo, 2014). Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2014 No. 49150 6 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747. (07. Diciembre. 2007). 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. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2007 No. 46835. 10 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780. (06, Mayo, 2016). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 829 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 971. (31, Marzo, 2011). Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 48028. 8 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1344. (04, Junio, 2012). Por la cual se dictan disposiciones sobre el reporte de información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se efectúan modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2011. No. 48452. 39 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1604 (17. Mayo. 2013). Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto–ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2013. No. 48799. 6 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1531. (29. Agosto. 2014). Por la cual se modifica la resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS y su ámbito de publicación. 7 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5512. (26, Diciembre, 2013). Por la cual se modifica la Resolución 1344 de 2012 respecto al reporte de información de afiliación de las entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción y se dictan otras disposiciones. 38 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2629. (27, Junio, 2014). Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por la Resolución 5512 de 2013, en relación con el reporte de las novedades de movilidad de las Entidades Promotoras de Salud y se dictan otras disposiciones. 38 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2232. (22, Junio, 2015). Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1344 de 2012, modificada por las Resoluciones 5512 de 2013 y 2629 de 2014, en relación con el reporte de Planes Voluntarios de Salud - PVS, novedades de movilidad y traslado, así como, la afiliación de los regímenes especial y de excepción y se dictan otras disposiciones. 35 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2635. (27, Junio, 2014). Por la cual se definen las condiciones para operación de la Movilidad entre regímenes. 10 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1479. (06, Mayo, 2015). Por la cual se establece el procedimiento del cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado.17 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5395. (24, Diciembre, 2013). Por la cual se establece el procedimiento para el Recobro

ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones. 26 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1328. (15, Abril, 2016). Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones. 46 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4505. (28, Diciembre, 2012). 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. 47 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5521. (27, Diciembre, 2013). Por la cual se define y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). 146 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5522. (27, Diciembre, 2013). Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones. 17 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Circular 0018. (07, Mayo, 2015). Directrices de la operación de Movilidad entre regímenes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 6 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3047. (27, Diciembre, 2013). Por el cual se establecen reglas sobre la Movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles 1 y 2 del Sisbén. 5 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1683. (02, Agosto, 2013). Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 5 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2353. (03, Diciembre, 2015 ). Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. 61 P.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1439. (01, Noviembre, 2002). Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. 2 P.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular 066. (23, Diciembre, 2010). La prestación de los Servicios de Salud. 14 P.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular 054. (05, Junio, 2009). Mediante la cual se establecen las Competencias de inspección, Vigilancia y Control de los entes territoriales Departamentales, Municipales y Distritales en las Áreas de Prestación de Servicios de Salud, Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Salud Pública y Financiamiento del SGSSS. Diario Oficial. Bogotá D.C.,2009. No. 47381. 46 P.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular externa 056. (06, Octubre, 2009). Sistema de Indicadores de alerta temprana. 12 P.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular Externa 06. (13, Diciembre, 2011). Informes de Auditoría del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud. 12 P.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular Externa 047. (30, Noviembre, 2007). Instrucciones generales y remisión de información para la Inspección, Vigilancia y Control. 777 P.

CORREALES R Edna Yohana. Mejoramiento en procesos de entrega de autorizaciones Plan Obligatorio De Salud En Colombia. Universidad Militar Nueva Granada Facultad De Ciencias Económicas Dirección De Posgrados Especialización En Auditoria Y Control Interno. Bogotá. Colombia. 2014

CUELLAR MEJÍA Guillermo Adolfo. Teoría General de la auditoría y Revisoría Fiscal. Versión 2009B. Pág. 16-19

GUERRERO Ramiro, GALLEGO Ana Isabel, BECERRIL Victor, VÁSQUEZ Johanna. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública De México / vol. 53, suplemento 2. 2011

GUZMÁN F Karelys K. Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. Universidad del Rosario. Maestría en Economía. Bogotá D.C. . Colombia. 2013.

HENAO Elsa V. Manual de procesos de gestión del régimen subsidiado en salud Municipio De Chinchiná. Municipio de Chinchiná Documento Técnico ASS/923-02. Bogotá. Colombia. 2002.

MACHUCA A Deisy A. La auditoría, concepto actual o antiguo. Revista Ciencia y cuidado. ISSN 1794-9831, Vol. 4, Nº. 4, 2007, P. 51-57.2007

## ANEXOS

### Anexo 1 CARTA AUTORIZACIÓN MUNICIPIO DE LEBRIJA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
ALCALDÍA MUNICIPAL  
LEBRIJA



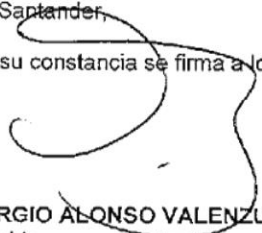
Municipio de Lebrija, 06 de octubre de 2016

Señores  
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
L.C.

Cordial saludo.

Mediante el presente documento, autorizamos a RUBIELA ROMERO ALFONSO identificada con Cédula de Ciudadanía número 28.381.641 expedida en San Joaquín, para que lleve a cabo su trabajo de Monografía con la Alcaldía del Municipio de Lebrija – Santander, el cual lo requiere para optar por el título de Especialista en administración de Servicios de Salud con la Universidad Industrial de Santander.

En su constancia se firma a los 06 días del mes de octubre del año 2016.

  
SERGIO ALONSO VALENZUELA P.  
Alcalde

  
MONICA MOGOLLÓN HERRERA  
Secretaria local de Salud



AMBIENTE, VIDA Y DESARROLLO  
2016-2019

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: (7) 656 71 00 - 656 63 13  
[www.lebrija-santander.gov.co](http://www.lebrija-santander.gov.co) E-mail: [salud@lebrija-santander.gov.co](mailto:salud@lebrija-santander.gov.co)

## Anexo 2. Afiliaciones Nuevas en el SGSSS

F.A.1.1. Afiliaciones Nuevas en el SGSSS																	
Municipio	EPS	Mes	Año	Total de Afiliados Nuevos con FUAT Radicado		Total Afiliados Nuevos reportados a cargue sin FUAT Radicado			Total afiliados reportados por movilidad (Nacimientos)			Total afiliados cargados	Total de afiliados Glosados por la ET	Total de afiliados Glosados por consorcio SAYP	Total de afiliados no reportados a cargue	Total de solicitudes de afiliaciones Nuevas negadas por la EPS	Causa de la negación de la afiliación por parte de la EPS
				Afiliados cargados	Afiliados no cargados	Afiliados cargados	Afiliados glosados		Afiliados cargados	Afiliados glosados							
							por el ET	Por el consorcio		por el ET	Por el consorcio						
												0	0	0	0		
												0	0	0	0		
												0	0	0	0		
												0	0	0	0		
												0	0	0	0		
												0	0	0	0		
												0	0	0	0		

## Instructivo Anexo 2. Afiliaciones Nuevas en el SGSSS

Municipio	EPS	Mes	Año	Total de Afiliados Nuevos con FUAT Radicado			Total Afiliados Nuevos reportados a cargue sin FUAT Radicado		
				Afiliados cargados	Afiliados no cargados		Afiliados cargados	Afiliados glosados	
					Glosados por SAYP	No reportados		por el ET	Por el consorcio SAYP
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Total de registros cargados exitosamente a la BDUA</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del consorcio SAYP (Ver Tabla 1: Glosas BDUA)</i>	<i>Total de registros que teniendo FUAT no fueron reportados a cargue a la BDUA</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte de la ET</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del consorcio SAYP (Ver Tabla 1: Glosas BDUA)</i>	

Total afiliados reportados por movilidad (Nacimientos)			Total afiliados cargados	Total de afiliados Glosados por la ET	Total de afiliados Glosados por consorcio SAYP	Total de afiliados no reportados a cargue	Total de solicitudes de afiliaciones Nuevas negadas por la EPS	Causa de la negación de la afiliación por parte de la EPS
Afiliados cargados	Afiliados glosados							
	por el ET	Por el consorcio SAYP						
<i>Total de registros cargados exitosamente a la BDUA</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del ET</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del consorcio SAYP (Ver Tabla 1: Glosas BDUA)</i>	<i>Sumatoria de los usuarios cargados a la BDUA</i>	<i>Sumatoria de los usuarios glosados por ET</i>	<i>Sumatoria de los usuarios glosados por SAYP</i>	<i>Sumatoria de registros que teniendo FUAT no fueron reportados a cargue a la BDUA</i>	<i>Total de usuarios que solicitaron afiliación y les fue negada por la EPS sin justa causa</i>	<i>Describe la principal causa por la cual la EPS se niega a afiliar a los usuarios</i>

### Anexo 3. Afiliaciones por traslado en el SGSSS

F.A.1.2. Afiliaciones por traslado en el SGSSS																			
Municipio	EPS	Mes	Año	Total de Afiliados con FUAT Radicado			Total Afiliados reportados a cargue sin FUAT Radicado			Total afiliados reportados por movilidad			Total afiliados cargados	Total de afiliados Glosados por la ET	Total de afiliados Glosados por consorcio SAYP	Total de afiliados No aprobados por la EPS Origen	Total de afiliados no reportados a cargue	Total de solicitudes de afiliaciones por traslado negadas por la EPS	Causa de la negación de la afiliación por parte de la EPS
				Afiliados		Afiliados no cargados	Afiliados	Afiliados glosados			Afiliados glosados								
				Glosados por SAYP	No reportados por la EPS			por el ET	Por el consorcio SAYP	No aprobados por la EPS origen	por el ET	Por el consorcio SAYP							
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		
													0	0	0	0	0		

### Instructivo Anexo 3. Afiliaciones por traslado en el SGSSS

Municipio	EPS	Mes	Año	Total de Afiliados por traslado con FUAT Radicado			Total Afiliados por traslado reportados a cargue sin FUAT			
				Afiliados cargados	Afiliados no cargados		Afiliados cargados	Afiliados glosados		
					Glosados por SAYP	No reportados por la EPS		por el ET	Por el consorcio SAYP	No aprobados por la EPS
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Total de registros cargados exitosamente a la BDUA</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del consorcio SAYP (Ver Tabla 1: Glosas BDUA)</i>	<i>Total de registros que teniendo FUAT no fueron reportados a cargue a la BDUA</i>	<i>Total de registros cargados exitosamente a la BDUA</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte de la ET</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del consorcio SAYP (Ver Tabla 1: Glosas BDUA)</i>	<i>Afiliados que no fueron aprobados por la EPS Origen</i>

Total afiliados reportados por movilidad			Total afiliados cargados	Total de afiliados Glosados por la ET	Total de afiliados Glosados por consorcio SAYP	Total de afiliados No aprobados por la EPS Origen	Total de afiliados no reportados a cargue	Total de solicitudes de afiliaciones por traslado negadas por la EPS	Causa de la negación de la afiliación por parte de la EPS
Afiliados cargados	Afiliados glosados								
	por el ET	Por el consorcio SAYP							
<i>Total de registros cargados exitosamente a la BDUA</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte de la ET</i>	<i>Total de registros reportados a BDUA pero que no cargaron por Glosa de parte del consorcio SAYP (Ver Tabla 1: Glosas BDUA)</i>	<i>Sumatoria de los usuarios cargados a la BDUA</i>	<i>Sumatoria de los usuarios glosados por ET</i>	<i>Sumatoria de los usuarios glosados por SAYP</i>	<i>Sumatoria de Afiliados que no fueron aprobados por la EPS Origen</i>	<i>Sumatoria de afiliados que teniendo FUAT no fueron reportados a cargue a la BDUA</i>	<i>Total de usuarios que solicitaron afiliación por traslado y les fue negada por la EPS sin justa causa</i>	<i>Describa la principal causa por la cual la EPS se niega a afiliarse a los usuarios</i>

**Anexo 4. Glosas aplicadas por el consorcio SAYP**

<b>F.A.1.3. Glosas aplicadas por el consorcio SAYP</b>									
Municipio	EPS	Mes	Año	Reporte de ingresos nuevos			Reporte de ingresos por traslado		
				Código de glosa	Descripción glosa	total registros	Código de glosa	Descripción glosa	total registros

**Instructivo Anexo 4. Glosas aplicadas por el consorcio SAYP**

Municipio	EPS	Mes	Año	Reporte de ingresos nuevos			Reporte de ingresos por traslado		
				Código de glosa	Descripción glosa	total registros	Código de glosa	Descripción glosa	total registros
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Escriba el código de la Glosa (ver Tabla 1)</i>	<i>Escriba la descripción del código de la Glosa (ver Tabla 1)</i>	<i>Sumatoria de total de registros Nuevos glosados por SAYP</i>	<i>Escriba el código de la Glosa (ver Tabla 1)</i>	<i>Escriba la descripción del código de la Glosa (ver Tabla 1)</i>	<i>Sumatoria de total de registros Por traslado glosados por SAYP</i>

### Anexo 5. Glosas consorcio SAYP por registro

F.A.1.4. Glosas consorcio SAYP por registro															
Municipio	EPS	Mes	Año	Tipo Documento	Número Documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Fecha Nacimiento	Fecha afiliación	Tipo de afiliación	Archivo de reporte a BDU A	Fecha de reporte a BDU A	Código glosa aplicada

### Instructivo Anexo 5. Glosas consorcio SAYP por registro

C	EPS	Mes	Año	Tipo Documento	Número Documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Fecha Nacimiento
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Tipo de documento del usuario que fue glosado</i>	<i>Número de documento del usuario que fue glosado</i>	<i>Primer apellido del usuario que fue glosado</i>	<i>Segundo apellido del usuario que fue glosado</i>	<i>Primer Nombre del usuario que fue glosado</i>	<i>Segundo Nombre del usuario que fue glosado</i>	<i>Fecha de nacimiento del usuario que fue glosado</i>

Fecha de afiliación	Tipo de afiliación	Archivo de reporte a BDUA	Fecha de reporte a BDUA	Código glosa aplicada
<i>Fecha en que se firmó el FUAT</i>	<i>Escriba la opción</i>	<i>Escriba el nombre del archivo con el cual fue reportado el registro a la BDUA. Se consulta por archivos vía SFTP y termina en la extensión .NEG</i>	<i>Escriba la fecha de reporte a la BDUA. Se consulta por archivos vía SFTP</i>	<i>Escriba el código de la Glosa aplicada que registra en el archivo de glosa</i>
	1: Nueva			
	2: Por traslado			

## Anexo 6. Glosas Entidad Territorial por registro

F.A.1.5. Glosas Entidad Territorial por registro															
Municipio	EPS	Mes	Año	Tipo Documento	Número Documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Fecha Nacimiento	Fecha de afiliación reportada por la EPS	Tipo de afiliación	Archivo de reporte a BDUA	Fecha de reporte a BDUA	Causal de glosa por parte del ET

### Instructivo Anexo 6. Glosas Entidad Territorial por registro

Municipio	EPS	Mes	Año	Tipo Documento	Número Documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Fecha Nacimiento
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Tipo de documento del usuario que fue glosado</i>	<i>Número de documento del usuario que fue glosado</i>	<i>Primer apellido del usuario que fue glosado</i>	<i>Segundo apellido del usuario que fue glosado</i>	<i>Primer Nombre del usuario que fue glosado</i>	<i>Segundo Nombre del usuario que fue glosado</i>	<i>Fecha de nacimiento del usuario que fue glosado</i>

Fecha de afiliación reportada por la EPS	Tipo de afiliación	Archivo de reporte a BDU A	Fecha de reporte a BDU A	Causal de glosa por parte del ET
<i>Fecha de afiliación que la EPS reporta en archivo enviado a cargue a BDU A</i>	<i>Escriba la opción</i>	<i>Escriba el nombre del archivo con el cual fue reportado el registro a la BDU A. Se consulta por archivos vía SFTP y termina en la extensión .NEG</i>	<i>Escriba la fecha de reporte a la BDU A. Se consulta por archivos vía SFTP</i>	<i>Describe la causa por la cual fue glosado el registro para cargue a BDU A</i>
	1: Nueva			
	2: Por traslado			

### Anexo 7. Afiliación de Nacimientos

F.A.1.6. Afiliación de Nacimientos															
Municipio	EPS	Mes	Año	Datos de la gestante											
				Tipo Documento	Numero documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Fecha Nacimiento	Fecha del parto	Fecha de afiliación de el(los) RN	cargado a BDU A	Sisbenizado	Observación

## Instructivo Anexo 7. Afiliación de Nacimientos

Municipio	EPS	Mes	Año	Datos de la gestante						
				Tipo Documento	Numero documento	Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	Fecha Nacimiento
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Tipo de documento de la gestante</i>	<i>Número documento de la gestante</i>	<i>Primer apellido de la gestante</i>	<i>Segundo apellido de la gestante</i>	<i>Primer Nombre de la gestante</i>	<i>Segundo Nombre de la gestante</i>	<i>Fecha de nacimiento de la gestante</i>

Fecha del parto	Total de RN	Fecha de afiliación de el(los) RN	cargado a BDUa	Sisbenizado	Observación
<i>Fecha Probable del parto / o fecha del parto</i>	<i>Total de nacimientos</i>	<i>Fecha de afiliación de los RN</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Observaciones respecto de la gestante o de los nacimientos</i>
			<i>1. SI</i>	<i>1. SI</i>	
			<i>2: NO</i>	<i>2: NO</i>	

### Anexo 8. Afiliación de la Población Pobre No Asegurada – PPNA

F.A.2.1. Afiliación de la Población Pobre No Asegurada - PPNA														
Municipio	Mes	Año	Antiguos PPNA	Nuevos PPNA	Salen de listado PPNA por no Sisben	Total PPNA	Nuevos				Traslados en estado RE o DE			
							Afiliados a una EPS		Pendientes de afiliar	Total	Afiliados a una EPS		Pendientes de afiliar	Total
							Cargados BDUA	No Cargados			Cargados BDUA	No Cargados		
								BDUA		BDUA		BDUA		
						0					0			0
						0					0			0
						0					0			0
						0					0			0
						0					0			0
						0					0			0
						0					0			0
						0					0			0

### Instructivo Anexo 8. Afiliación de la Población Pobre No Asegurada – PPNA

Municipio	Mes	Año	Antiguos PPNA	Nuevos PPNA	Salen de listado PPNA por no Sisben	Total PPNA
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Registre el total de PPNA con corte al mes anterior</i>	<i>Registre el total de nuevos usuarios que ingresaron a la PPNA en el mes</i>	<i>Registre el total de usuarios que ya no pertenecen mas a la PPNA por no registrar en sisben</i>	<i>Sumatoria entre los usuarios PPNA antiguos y nuevo, restado de los que ya no pertenecen al listado PPNA</i>

Nuevos				Traslados en estado RE o DE			
Afiliados a una EPS		Pendientes de afiliar	Total	Afiliados a una EPS		Pendientes de afiliar	Total
Cargados BDU A	No Cargados BDU A			Cargados BDU A	No Cargados BDU A		
<i>PPNA Nuevos que se afiliaron en el período y fueron cargados a la BDU A</i>	<i>PPNA Nuevos que se afiliaron en el período pero aún no han sido cargados a la BDU A</i>	<i>PPNA Nuevos sin afiliar a alguna EPS</i>	<i>Sumatoria de PPNA Nuevos</i>	<i>PPNA en estado RE o DE en BDU A que se afiliaron en el período y fueron Activados en BDU A</i>	<i>PPNA en estado RE o DE en BDU A que se afiliaron en el período pero aún siguen en estado DE o RE en la BDU A</i>	<i>PPNA en estado RE o DE en BDU A sin afiliar a alguna EPS</i>	<i>Sumatoria de PPNA en estado RE o DE en BDU A</i>

## Anexo 9. Afiliación de la PPNA Por EPSS

F.A.2.2. Afiliación de la PPNA Por EPSS												
Municipio	EPS	Mes	Año	PPNA - Nuevos			PPNA - Traslados en estado RE o DE			PPNA - Acumulado Anual		
				Cargados BDU A	No Cargados BDU A	Total	Cargados BDU A	No Cargados BDU A	Total	Cargados	No cargados	Total
						0			0	0	0	0
						0			0	0	0	0
						0			0	0	0	0
						0			0	0	0	0
						0			0	0	0	0
						0			0	0	0	0

**Instructivo Anexo 9. Afiliación de la PPNA Por EPSS**

Municipio	EPS	Mes	Año	PPNA - Nuevos		
				Cargados BDU A	No Cargados BDU A	Total
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>PPNA Nuevos afiliados por la EPS y cargados a la BDU A</i>	<i>PPNA Nuevos afiliados por la EPS pero que aún no han sido cargados a la BDU A</i>	<i>Sumatoria de PPNA Nuevos que se afiliaron a la EPS</i>

PPNA - Traslados en estado RE o DE			PPNA - Acumulado Anual		
Cargados BDU A	No Cargados BDU A	Total	Cargados	No cargados	Total
<i>PPNA En estado RE o DE afiliados por la EPS y que fueron activados en la BDU A</i>	<i>PPNA En estado RE o DE afiliados por la EPS y que aún siguen en estado RE o DE en la BDU A</i>	<i>Sumatoria de PPNA en estado RE o DE que se afiliaron a la EPS</i>	<i>Sumatoria PPNA Nuevos y en estado RE o DE en BDU A que fueron Afiliados a la EPS y están Activados en BDU A</i>	<i>Sumatoria PPNA Nuevos y en estado RE o DE en BDU A que fueron Afiliados pero aún no están Activados en BDU A</i>	<i>Sumatoria de PPNA afiliados a una EPS</i>

**Anexo 10. Reporte de novedades a BDUa por ET**

<b>F.B.1.1. Reporte de novedades a BDUa por ET</b>								
Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha reporte	Código Novedades (Res. 2232/2015)	Cargados BDUA	Glosados BDUA	Total
					Total de reporte novedades N09			0
					Total de reporte novedades N13			0
					Total de reporte novedades N15			0
					Total de reporte novedades N20			0
					Total de reporte novedades N21			0

**Instructivo Anexo 10. Reporte de novedades a BDUa por ET**

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha reporte	Código Novedades (Res. 2232/2015)	Cargados BDUA	Glosados BDUA	Total
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Fecha de envío archivo novedades .pak</i>	<i>Total de reporte novedades N09 (Retiro por muerte)</i>	<i>Novedad efectiva en BDUA N09</i>	<i>Novedad glosada en BDUA N09</i>	<i>Sumatoria Novedad N09: Cargados BDUA + Glosados BDUA</i>
					<i>Total de reporte novedades N13 (Retiro en BDUA)</i>	<i>Novedad efectiva en BDUA N13</i>	<i>Novedad glosada en BDUA N13</i>	<i>Sumatoria Novedad N13: Cargados BDUA + Glosados BDUA</i>
					<i>Total de reporte novedades N15 (Anulación de ingresos a la BDUA)</i>	<i>Novedad efectiva en BDUA N15</i>	<i>Novedad glosada en BDUA N15</i>	<i>Sumatoria Novedad N15: Cargados BDUA + Glosados BDUA</i>
					<i>Total de reporte novedades N20 (Cambio de nivel de sisben en BDUA)</i>	<i>Novedad efectiva en BDUA N20</i>	<i>Novedad glosada en BDUA N20</i>	<i>Sumatoria Novedad N20: Cargados BDUA + Glosados BDUA</i>
					<i>Total de reporte novedades N21 (Cambio de tipo de población especial en régimen subsidiado en BDUA)</i>	<i>Novedad efectiva en BDUA N21</i>	<i>Novedad glosada en BDUA N21</i>	<i>Sumatoria Novedad N21: Cargados BDUA + Glosados BDUA</i>

### Anexo 11. Reporte de novedades a BDUA por parte de EPS

### F.B.1.2. Reporte de novedades a BDUa por parte de EPS

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de reporte	Código Novedades (Res. 2232/2015)	Cargados BDUa	Glosados BDUa	Total
					CODIGO N01			0
					CODIGO N02			0
					CODIGO N03			0
					CODIGO N04			0
					CODIGO N09			0
					CODIGO N14			0
					CODIGO N17			0
					CODIGO N19			0
					CODIGO N20			0
					CODIGO N21			0
					CODIGO N25			0
					CODIGO N31			0

## Instructivo Anexo 11. Reporte de novedades a BDUA por parte de EPS

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de reporte	Código Novedades (Res. 2232/2015)	Cargados BDUA	Glosados BDUA	Total
Nombre del Municipio	Nombre de la EPS	Mes de validación	Año de Validación	Fecha en la cual la EPS efectuó el reporte de las novedades a la BDUA	CODIGO N01: Actualización o corrección de documento de identidad y/o fecha de nacimiento	Total de novedades N01 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N01 Glosadas por SAYP	Total novedades N01 cargadas + glosadas
					CODIGO N02: Actualización o corrección de nombres del afiliado	Total de novedades N02 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N02 Glosadas por SAYP	Total novedades cargadas N02 + glosadas
					CODIGO N03: Actualización o corrección de apellidos del afiliado	Total de novedades N03 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N03 Glosadas por SAYP	Total novedades N03 cargadas + glosadas
					CODIGO N04: Actualización o cambio de municipio de afiliación en la misma entidad	Total de novedades N04 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N04 Glosadas por SAYP	Total novedades N04 cargadas + glosadas
					CODIGO N09: Retiro por muerte	Total de novedades N09 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N09 Glosadas por SAYP	Total novedades N09 cargadas + glosadas
					CODIGO N14: Actualización o cambio de estado de afiliación a RE	Total de novedades N14 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N14 Glosadas por SAYP	Total novedades N14 cargadas + glosadas
Nombre del Municipio	Nombre de la EPS	Mes de validación	Año de Validación	Fecha en la cual la EPS efectuó el reporte de las novedades a la BDUA	CODIGO N17: Actualización de género del afiliado	Total de novedades N17 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N17 Glosadas por SAYP	Total novedades N17 cargadas + glosadas
					CODIGO N19: Actualización de zona de afiliación	Total de novedades N19 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N19 Glosadas por SAYP	Total novedades N19 cargadas + glosadas
					CODIGO N20: Actualización de nivel de sisbén	Total de novedades N20 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N20 Glosadas por SAYP	Total novedades N20 cargadas + glosadas
					CODIGO N21: Actualización de tipo de población especial del régimen subsidiado	Total de novedades N21 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N21 Glosadas por SAYP	Total novedades N21 cargadas + glosadas
					CODIGO N25: Actualización de IPS Primaria	Total de novedades N25 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N25 Glosadas por SAYP	Total novedades N25 cargadas + glosadas
					CODIGO N31: Reactivación de afiliado en régimen subsidiado en la misma EPS	Total de novedades N31 cargadas exitosamente a la BDUA	Total de novedades N31 Glosadas por SAYP	Total novedades N31 cargadas + glosadas

**Anexo 12. Inconsistencias reportadas por la Secretaría de Salud departamental**

<b>F.B.1.3. Inconsistencias reportadas por la Secretaría de Salud departamental</b>										
Municipio	EPS	Mes	Año	Inconsistencia	total registros Inconsistentes	Acción aplicada por el ET	Fecha de Cumplimiento	Fecha de seguimiento	Descripción de las actuaciones del ET	Solucionada

**Instructivo Anexo 12. Inconsistencias reportadas por la Secretaría de Salud departamental**

Municipio	EPS	Mes	Año	Inconsistencia	total registros Inconsistentes	Acción aplicada por el ET	Fecha de Cumplimiento	Fecha de seguimiento	Descripción de las actuaciones del ET	Solucionada
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Descripción de la inconsistencia</i>	<i>Total de registros que presentan la inconsistencia</i>	<i>Plan de mejoramiento a aplicar</i>	<i>Fecha de cumplimiento del plan de mejoramiento</i>	<i>Fecha de seguimiento al plan de mejoramiento</i>	<i>Descripción de las actividades ejecutadas para cumplir el plan de mejoramiento</i>	<i>Escriba la opción:</i>
										1. Si
										2. No
										3. Parcialmente



<b>Total población en sisben nivel 1 y 2</b>	<b>Fecha de reporte de la base de datos a IPS de primer nivel de atención</b>	<b>Total registros coincidentes BD Municipio Versus BD EPS</b>	<b>Total registros coincidentes BD Municipio Versus BD BDUA</b>	<b>total de población activa en BDUA sin sisben o sin listado censal</b>
<i>Total de población en nivel 1 y 2 en base de sisben certificada</i>	<i>Fecha en que la EPS radicó la base de datos a la IPS Contratada para el primer nivel de atención</i>	<i>Total de registros que estan en la base maestra municipal y también el la base de la EPS</i>	<i>total de registros que estan en la base maestra municipal y también el la base de la BDUA</i>	<i>Total de registros Activos en BDUA Sin encuesta SISBEN o sin Listado censal</i>

#### **Anexo 14. Consolidado Mesas de trabajo cruce con EPS**

<b>F.B.2.2. Consolidado Mesas de trabajo cruce con EPS</b>										
<b>Municipio</b>	<b>EPS</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Fecha mesa de trabajo</b>	<b>Compromiso</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha cumplimiento</b>	<b>Fecha de seguimiento</b>	<b>Cumple (SI/NO)</b>	<b>Observación</b>



**Instructivo Anexo 15. Red Prestadora de servicios de salud**

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha radicación copia al ET	Número de contrato	Tipo de proveedor	NIT Proveedor	Razón social Proveedor	Fecha inicio
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Fecha en que la EPS radica copia de contrato con la red a el ET</i>	<i>Registre el número de contrato de prestación de servicios</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Escriba el NIT del proveedor</i>	<i>Escriba la razón social del proveedor</i>	<i>Escriba la fecha de inicio del contrato</i>

- 1. Público
- 2. Privado
- 3. Mixto

Fecha Fin	Modalidad de contrato	Valor del contrato	Valor Cápita o Paquete o tarifa(s)	Población cubierta por el contrato	Servicios contratados	Nivel de complejidad	Anexa certificado de habilitación de servicios
<i>Escriba la fecha de firnalización del contrato</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Registre el valor total del contrato</i>	<i>Registre el valor de la capitación mensual por usuario o las tarigas contratadas o el valor de cada paquete según corresponda</i>	<i>Registre el total de población cubierta con el contrato</i>	<i>Relacione los servicios contratados</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Escriba una opción:</i>
	1. Capitado					1. Baja	1. Si
	2. Evento					2. Mediana	2. No
	3. Paquete					3. Alta	
	4. Otro						

**Anexo 16. Auditorías de EPS a la red de servicios de salud**

F.C.2.1. Auditorias de EPS a la red de servicios de salud															
Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de auditoría	Objetivo de Auditoría	Grupo de Verificación	Datos del Proveedor auditado				Hallazgos de la auditoría	plan de mejoramiento	Fecha cumplimiento plan de mejoramiento	Responsable	fecha de seguimiento por parte de la EPS
							Tipo	NIT	Razón social	Nivel de complejidad					

**Instructivo Anexo 16. Auditorías de EPS a la red de servicios de salud**

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de auditoría	Objetivo de Auditoría	Grupo de Verificación	Datos del Proveedor auditado			
							Tipo	NIT	Razón social	Nivel de complejidad
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Fecha en que se lleva a cabo la auditoría</i>	<i>Describa el objetivo de la auditoría</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Escriba el NIT Del proveedor auditado</i>	<i>Escriba la razón social del proveedor auditado</i>	<i>Escriba la opción:</i>
						1. Talento Humano	1. Público			1. Baja
						2. Infraestructura, instalaciones físicas	2. Privado			2. Media
						3. Atención al usuario	3. Mixto			3. Alta
						4. Suministro Medicamentos				
						5. Procesos asistenciales prioritarios				
						6. Historia Clínica				
						7. Capacidad Instalada				
						8. Promoción y Prevención				
						9. Servicios habilitados				
						10. Otro (especifique)				

Hallazgos de la auditoría	plan de mejoramiento	Fecha cumplimiento plan de mejoramiento	Responsable	fecha de seguimiento por parte de la EPS
<i>Describa cada hallazgo encontrado en la auditoría</i>	<i>Describa el plan de mejoramiento por cada hallazgo</i>	<i>Registre la fecha de cumplimiento del plan de mejoramiento</i>	<i>Registre el nombre del responsable de cumplir plan de mejoramiento</i>	<i>Registre la fecha de seguimiento al plan de mejoramiento por parte de la EPS</i>

## Anexo 17. Auditorías de Municipio a la red de servicios de salud

F.C.3.1. Auditorías del Municipio a la red de servicios de salud															
Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de verificación	Objetivo de Auditoría	Grupo de Verificación	Datos del Proveedor auditado				Hallazgos de la auditoría	plan de mejoramiento	Fecha cumplimiento plan de mejoramiento	Responsable	fecha de seguimiento
							Tipo	NIT	Razón social	Nivel de complejidad					

## Instructivo Anexo 17. Auditorías de Municipio a la red de servicios de salud

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de verificación	Objetivo de Auditoría	Grupo de Verificación	Datos del Proveedor auditado			
							Tipo	NIT	Razón social	Nivel de complejidad
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Fecha en que se lleva a cabo la auditoría</i>	<i>Objetivo de la auditoría</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Escriba el NIT de la entidad</i>	<i>Escriba la razón social de la entidad</i>	<i>Escriba la opción:</i>
						1. Georreferencia	1. Público			1. Baja
						2. Suficiencia	2. Privado			2. Mediana
						3. Accesibilidad	3. Mixto			3. Alta
						4. Cobertura				
						5. Otro (especifique)				

Hallazgos de la auditoría	plan de mejoramiento	Fecha cumplimiento plan de mejoramiento	Responsable	fecha de seguimiento
<i>Describe cada hallazgo encontrado</i>	<i>Describe el plan de mejoramiento por cada hallazgo</i>	<i>Relaciona la fecha de cumplimiento del plan de mejoramiento</i>	<i>Relacione el nombre del responsable de cumplimiento del plan de mejoramiento</i>	<i>Relacione la fecha de seguimiento</i>

## Anexo 18. Pagos a la red prestadora

F.D.1.1 Pagos a la red prestadora															
Municipio	EPS	Mes	Año	Datos del Proveedor para el giro						valor cancelado por Giro Directo	Valor cancelado por Giro con Situación de Fondos Fuente Esfuerzo Propio	Valor cancelado por fuera del proceso de giro directo	Valor Glosado	Causal de Glosa	Gestión efectuada
				Tipo	NIT	Razón social	Servicio contratado	Tipo de Contrato	Valor facturado en el período	LMA					

### Instructivo Anexo 18. Pagos a la red prestadora

Municipio	EPS	Mes	Año	Datos del Proveedor para el giro					
				Tipo	NIT	Razón social	Servicio contratado:	Tipo de Contrato	Valor facturado en el período
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Escriba el NIT del proveedor</i>	<i>Escriba la razón social del proveedor</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Relacione el valor que la IPS facturó a la EPS en el mes</i>
				1. Público			1. Medicamentos	1. Capitado	
				2. Privado			2. Asistencial	2. Evento	
				3. Mixto			3. Protección Específica y Detección temprana	3. Paquete	
								4. Otro	

valor cancelado por Giro	Valor cancelado por Giro con Situación	Valor cancelado por fuera	Valor	Causal de Glosa	Gestión efectuada
Directo LMA	de Fondos Fuente Esfuerzo Propio	del proceso de giro directo	Glosado		
<i>Relacione el valor pagado por la EPS a la IPS por modalidad giro directo LMA</i>	<i>Relacione el valor pagado por el ET en nombre de la EPS, a la IPS por modalidad giro con situación de fondos de esfuerzo propio territorial</i>	<i>Relacione los pagos efectuados a la IPS por fuera del proceso de giro directo</i>	<i>Relacione el valor glosado por la EPS a la IPS</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Relacione las actuaciones efectuadas por la IPS o ET por incumplimiento en los giros o glosas no justificadas</i>
				1. Recobro	
				2. Base de datos	
				3. Incumplimiento de coberturas PEDT	
				4. Se desconoce la causal de glosa	
				5. Otro (especifique)	

## Anexo 19. Estado de cartera

F.D.3.1. Estado de cartera																
Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha corte	Entidad que suministra la información	Datos del Proveedor			Modalidad del contrato	Cartera a 30 días	Cartera a 60 días	Cartera a 90 días	Cartera a 180 días	Cartera a 360 días	cartera mayor a 360 días	Observación
						Tipo	NIT	Razón social								

### Instructivo Anexo 19. Estado de cartera

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha corte	Entidad que suministra la información	Datos del Proveedor			Modalidad del contrato
						Tipo	NIT	Razón social	
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Fecha de corte del estado de cartera</i>	<i>Escriba el nombre de la IPS o EPS que suministra la información</i>	<i>Escriba una opción:</i>	<i>Escriba el NIT del proveedor</i>	<i>Escriba la razón social del proveedor</i>	<i>Escriba una opción:</i>
						1. Público			1. Capitado
						2. Privado			2. Evento
						3. Mixto			3. Paquete
									4. Otro

Cartera a 30 días	Cartera a 60 días	Cartera a 90 días	Cartera a 180 días	Cartera a 360 días	cartera mayor a 360 días	Observación
<i>Registre el valor en mora menor o igual a 30 días</i>	<i>Registre el valor en mora menor o igual a 60 días y mayor a 30 días</i>	<i>Registre el valor en mora menor o igual a 90 días y mayor a 60 días</i>	<i>Registre el valor en mora menor o igual a 180 días y mayor a 90 días</i>	<i>Registre el valor en mora menor o igual a 360 días y mayor a 180 días</i>	<i>Registre el valor en mora mayor a 360 días</i>	<i>Relacione observaciones pertinentes al análisis de cartera</i>

**Anexo 20. Póliza de alto costo**

F.E.1.1 Póliza de Alto costo											
Municipio	EPS	Mes	Año	Nombre aseguradora póliza	Número de póliza	Fecha inicio vigencia póliza	Fecha fin vigencia póliza	Mes y año cancelado	Fecha de pago	Fecha de reporte a municipio	Observaciones

**Instructivo Anexo 20. Póliza de alto costo**

Municipio	EPS	Mes	Año	Nombre aseguradora póliza	Número de póliza	Fecha inicio vigencia póliza	Fecha fin vigencia póliza	Mes y año cancelado	Fecha de pago	Fecha de reporte a municipio	Observaciones
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Registre el nombre de la aseguradora de Atenciones de Alto Costo contratada por la EPS</i>	<i>Registre el número de póliza de alto costo</i>	<i>Registre la fecha de inicio de vigencia de la póliza de alto costo</i>	<i>Registre la fecha de finalización de vigencia de la póliza de alto costo</i>	<i>Registre el mes/año que está siendo cancelado por la EPS a la aseguradora</i>	<i>Registre la fecha de pago del valor mensual a la aseguradora de alto costo</i>	<i>Registre la fecha en que se radicó la información del pago mensual al ET</i>	<i>Relacione observaciones que considere pertinentes</i>

**Anexo 21. Aportes patronales y parafiscales**

<b>F.F.1.1 Aportes Patronales y Parafiscales</b>							
<b>Municipio</b>	<b>EPS</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Mes y año cancelado</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>Fecha de reporte a municipio</b>	<b>Observaciones</b>

**Instructivo Anexo 21. Aportes patronales y parafiscales**

<b>Municipio</b>	<b>EPS</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Mes y año cancelado</b>	<b>Fecha de pago</b>	<b>Fecha de reporte a municipio</b>	<b>Observaciones</b>
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Registre el mes y año de pago de los aportes parafiscales</i>	<i>Registrar la fecha de pago de los aportes parafiscales del respectivo período</i>	<i>Registrar la fecha de reporte al ET del pago de los aportes parafiscales del respectivo período</i>	<i>Información pertinente que se requiera adicionar</i>

## Anexo 22. Encuesta de Satisfacción del afiliado en la EPS

ENCUESTA MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN EN LA EPS-S									
AUDITORIA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD									
MUNICIPIO:					NOMBRE DE LA EPSS:				
NOMBRE AFILIADO ENCUESTADO:					TIPO Y N° DOCUMENTO				
DIRECCIÓN					TELÉFONO:				
Indicaciones: Marque con una X la respuesta que considere. En los cuadros donde aparece la palabra DIAS, colocar el total de días.									
Nº	Pregunta	Respuesta del afiliado							
1	Está satisfecho con la atención recibida en la EPSS?	SI		NO					
2	la EPSS le ha hecho invitaciones a asistir a los programas de promoción y prevención de la salud que brinda la IPS?	SI		NO					
3	La EPSS lo ha capacitado sobre los derechos y deberes de usted como afiliado?	SI		NO					
4	Conoce el procedimiento para interponer una queja o sugerencia en la EPSS?	SI		NO					
5	La EPSS le ha colaborado con la gestión de citas médicas en otras instituciones de salud?	SI		NO		No ha requerido servicios médicos			
6	Cuanto tiempo demora la entrega de la autorización por parte de la EPSS para un servicio de salud?	DIAS				No ha requerido autorizaciones			
7	Indique los días que demoran en darle cita para una consulta especializada contando desde el momento en que recibe la orden médica	DIAS				No le han ordenado citas con especialista			
8	Ha sido remitido a citas para las especialidades de Ginecoobstetricia o Pediatría ?	SI		NO		No le han ordenado citas con esta especialidad			
9	Indique los días que demoran en darle cita para una consulta especializada para Ginecoobstetricia o Pediatría contando desde el momento en que recibe la orden médica	DIAS				No le han ordenado citas con esta especialidad			
10	Indique los días que demoran en darle cita para un procedimiento médico - Cirugía Programada, contando desde el momento en que recibe la orden médica	DIAS				No le han ordenado procedimientos			
11	Tiene alguna observación para mejorar el servicio que le presta la EPS-S?								
12	Tiene alguna Queja de la atención recibida en la EPS-S?								
Firma:									
Nombre encuestador:									
Cargo:									

## Anexo 23. Encuesta de Satisfacción del afiliado en la IPS

ENCUESTA SATISFACCIÓN EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD					
AUDITORIA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD					
MUNICIPIO:		NOMBRE DE LA EPSS:			
NOMBRE AFILIADO:		TIPO Y N° DOCUMENTO			
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:			
<b>Indicaciones: Marque con una X la respuesta que considere. En los cuadros donde aparece la palabra DIAS, colocar el total de días.</b>					
Nº	Nivel	Pregunta	Respuesta del afiliado		
1	Baja Complejidad	Ha ido a la IPS de su municipio a solicitar servicios de salud : Consulta médica ?	SI	NO	
2		Nombre de la IPS que le atendió la consulta médica ?			
3		En cuantos días le asignan una cita médica en la IPS de su municipio?	DIAS		
4		Está satisfecho con el servicio recibido en la IPS donde fue atendido para consulta médica?	SI	NO	
5		Le formularon medicamentos?	SI	NO	
6		Si le formularon medicamentos, los recibió todos en una única entrega?	SI	NO	No le han ordenado medicamentos
7		Si recibió todos los medicamentos en una única entrega, Cuanto tiempo demoró entre la solicitud y la entrega?	DIAS		No le han ordenado medicamentos
8		Si no le entregaron todos los medicamentos en la primera entrega, indique el número de días que demoró la entrega del resto de medicamentos.	DIAS		No le han ordenado medicamentos
9		Ha ido a la IPS de su municipio a solicitar servicios de salud : Consulta Odontológica ?	SI	NO	
10		Nombre de la IPS que le atendió la consulta odontológica ?			
11		En cuantos días le asignan una cita odontológica en la IPS de su municipio?	DIAS		
12		Está satisfecho con el servicio recibido en la IPS donde fue atendido para consulta odontológica?	SI	NO	
13	Mediana /Alta Complejidad	Ha sido remitido recibir servicios de salud a otra IPS ?	SI	NO	
14		Nombre de la IPS a la que fue remitido y de que ciudad ?			
15		A que servicio fue remitido ? (cita con especialista, cirugía, etc)			
16		Clasifique el nivel de complejidad	MEDIANA		ALTA
17		Está satisfecho con el servicio recibido en esta IPS?	SI	NO	
18		Le formularon medicamentos?	SI	NO	
19		Si le formularon medicamentos, los recibió todos en una única entrega?	SI	NO	
20		Si recibió todos los medicamentos en una única entrega, Cuanto tiempo demoró entre la solicitud y la entrega?	DIAS		No le han ordenado medicamentos
21		Si no le entregaron todos los medicamentos en la primera entrega, indique el número de días que demoró la entrega del resto de medicamentos.	DIAS		No le han ordenado medicamentos
22	Cuantos días demoró la EPSS en hacerle entrega de la autorización ?	DIAS		No ha requerido autorizaciones	
23	Cuanto días se demoró en obtener la cita para la cirugía o la cita con el especialista?	DIAS		No ha requerido estos servicios	
24	Tiene alguna observación para mejorar el servicio en la IPS?				
25	Tiene alguna Queja de la prestación del servicio de salud?				
Firma:					
Nombre encuestador:					
Cargo:					

**Anexo 24. Consolidado Encuesta de Satisfacción del afiliado en la EPS**

CONSOLIDADO									
ENCUESTA MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN EN LA EPS-S									
AUDITORIA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD									
MUNICIPIO:			NOMBRE DE LA EPSS:						
NOMBRE AFILIADO ENCUESTADO:			TOTAL ENCUESTAS APLICADAS						
Nº	Pregunta	Respuesta del afiliado				Medición	Unidad de medida		
1	Está satisfecho con la atención recibida en la EPSS?	SI (Total de encuestados que marcaron esta opción: SI)	0	NO (Total de encuestados que marcaron esta opción: NO)	0		#iDIV/0!	Porcentaje	
2	la EPSS le ha hecho invitaciones a asistir a los programas de promoción y prevención de la salud que brinda la IPS?		0		0		#iDIV/0!	Porcentaje	
3	La EPSS lo ha capacitado sobre los derechos y deberes de usted como afiliado?		0		0		#iDIV/0!	Porcentaje	
4	Conoce el procedimiento para interponer una queja o sugerencia en la EPSS?		0		0		#iDIV/0!	Porcentaje	
5	La EPSS le ha colaborado con la gestión de citas médicas en otras instituciones de salud?		0		0	NO APLICA (total de registros marcados como "no aplica")	0	#iDIV/0!	Porcentaje
6	Cuanto tiempo demora la entrega de la autorización por parte de la EPSS para un servicio de salud?	DIAS(Sumar todos los registros)		0		0	#iDIV/0!	Dias promedio	
7	Indique los días que demoran en darle cita para una consulta especializada contando desde el momento en que recibe la orden médica (Para las especialidades de Obstetricia o Pediatría )			0		0	#iDIV/0!	Dias promedio	
8	Indique los días que demoran en darle cita para un procedimiento médico - Cirugía Programada, contando desde le momento en que recibe la orden médica			0		0	#iDIV/0!	Dias promedio	
9	Tiene alguna observación para mejorar el servicio que le presta la EPS-S? <i>Registrar las respuestas entregadas por los encuestados</i>								
10	Tiene alguna Queja de la atención recibida en la EPS-S? <i>Registrar las respuestas entregadas por los encuestados</i>								
Nombre del secretario(a) de Salud SECRETARIO(A) DE SALUD									

## Anexo 25. Consolidado Encuesta de Satisfacción del afiliado en la IPS

CONSOLIDADO									
ENCUESTA SATISFACCIÓN EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD									
AUDITORIA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD									
MUNICIPIO:		Nivel Complejidad	BAJA (Total encuestas aplicadas)						0
NOMBRE DE LA EPSS			MEDIANA (Total encuestas aplicadas)						0
PERIODO:			ALTA (Total encuestas aplicadas)						0
<b>Indicaciones: Marque con una X la respuesta que considere. En los cuadros donde aparece la palabra DIAS, colocar el total de días.</b>									
Nº	Nivel	Pregunta	Respuesta del afiliado				Medición	Unidad de Medida	
1	Baja Complejidad	Ha ido a la IPS de su municipio a solicitar servicios de salud : Consulta médica ?	SI	0	NO	0	#[DIV]/0	% pacientes atendidos	
2		Nombre de la IPS que le atendió la consulta médica ?	(Relacione el nombre de la IPS)						
3		En cuantos días le asignan una cita médica en la IPS de su municipio?	DIAS (total)		0		#[DIV]/0	Dias	
4		Está satisfecho con el servicio recibido en la IPS donde fue atendido para consulta médica?	SI	0	NO	0	#[DIV]/0	% pacientes satisfechos	
5		Le formularon medicamentos?	SI	0	NO	0	#[DIV]/0	% pacientes con medicamentos ordenados	
6		Si le formularon medicamentos, los recibió todos en una única entrega?	SI	0	NO	0	No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	% pacientes con entrega total de medicamentos
7		Si recibió todos los medicamentos en una única entrega, Cuanto tiempo demoró entre la solicitud y la entrega?	DIAS		0		No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	Dias
8		Si no le entregaron todos los medicamentos en la primera entrega, indique el número de días que demoró la entrega del resto de medicamentos.	DIAS		0		No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	Dias
9		Ha ido a la IPS de su municipio a solicitar servicios de salud : Consulta Odontológica ?	SI	0	NO	0	#[DIV]/0	% pacientes atendidos	
10		Nombre de la IPS que le atendió la consulta odontológica ?	(Relacione el nombre de la IPS)						
11	En cuantos días le asignan una cita odontológica en la IPS de su municipio?	DIAS		0		#[DIV]/0	Dias		
12	Está satisfecho con el servicio recibido en la IPS donde fue atendido para consulta odontológica?	SI	0	NO	0	#[DIV]/0	% pacientes satisfechos		
13	Ha sido remitido recibir servicios de salud a otra IPS ?	SI	0	NO	0	#[DIV]/0	% pacientes remitidos		
16	Total encuestados por Nivel de Complejidad		MEDIANA		0		ALTA	0	
17	Mediana Complejidad	Está satisfecho con el servicio recibido en esta IPS? Mediana Complejidad	SI	0	NO	0	No remitido a este nivel 0	#[DIV]/0	% pacientes satisfechos
18		Le formularon medicamentos? Mediana Complejidad	SI	0	NO	0	No remitido a este nivel 0	#[DIV]/0	% pacientes con medicamentos ordenados
19		Si le formularon medicamentos, los recibió todos en una única entrega? Mediana	SI	0	NO	0	No remitido a este nivel 0	#[DIV]/0	% pacientes con entrega total de medicamentos
20		Si recibió todos los medicamentos en una única entrega, Cuanto tiempo demoró entre la solicitud y la entrega?	DIAS		0		No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	Dias
21		Si no le entregaron todos los medicamentos en la primera entrega, indique el número de días que demoró la entrega del resto de medicamentos.	DIAS		0		No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	Dias
22		Cuantos días demoró la EPSS en hacerle entrega de la autorización ?	DIAS		0		No ha requerido 0	#[DIV]/0	Dias
23	Cuanto días se demoró en obtener la cita para la cirugía o la cita con el especialista?	DIAS		0		No ha requerido estos 0	#[DIV]/0	Dias	
20	Alta complejidad	Está satisfecho con el servicio recibido en esta IPS? Alta complejidad	SI	0	NO	0	No remitido a este nivel 0	#[DIV]/0	% pacientes satisfechos
21		Le formularon medicamentos? Alta complejidad	SI	0	NO	0	No remitido a este nivel 0	#[DIV]/0	% pacientes con medicamentos ordenados
22		Si le formularon medicamentos, los recibió todos en una única entrega? Alta complejidad	SI	0	NO	0	No remitido a este nivel 0	#[DIV]/0	% pacientes con entrega total de medicamentos
23		Si recibió todos los medicamentos en una única entrega, Cuanto tiempo demoró entre la solicitud y la entrega?	DIAS		0		No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	Dias
24		Si no le entregaron todos los medicamentos en la primera entrega, indique el número de días que demoró la entrega del resto de medicamentos.	DIAS		0		No le han ordenado medicamentos 0	#[DIV]/0	Dias
25	Cuantos días demoró la EPSS en hacerle entrega de la autorización ?	DIAS		0		No ha requerido 0	#[DIV]/0	Dias	
26	Cuanto días se demoró en obtener la cita para la cirugía o la cita con el especialista?	DIAS		0		No ha requerido estos 0	#[DIV]/0	Dias	
24	Tiene alguna observación para mejorar el servicio en la IPS?								
25	Tiene alguna Queja de la prestación del servicio de salud?								
Responsable: Nombre del secretario(a) local de salud									
SECRETARIA LOCAL DE SALUD									

## Anexo 26. Acceso A Los Servicios De Salud Y Medicamentos No Pos

H.1.1 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICAMENTOS NO POS																							
Municipio	EPS	Mes	Año	Datos del Afiliado									Fecha de la Solicitud	Tipo Solicitud	Descripción de la Solicitud	Fecha de respuesta	Fecha de prestación de servicio o entrega de medicamento	Entidad Que Suministra	Suministrado	En caso de no haberse suministrado explicar los motivos	Tiempo de respuesta (Días)	Tiempo de entrega o de prestación del servicio (Días)	
				Tipo Documento	Numero de Documento	Apellido1	Apellido2	Nombre1	Nombre2	Fecha Nacimiento	Dirección	Teléfono											
																					0	0	
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0
																						0	0

## Instructivo Anexo 26. Acceso A Los Servicios De Salud Y Medicamentos No Pos

Municipio	EPS	Mes	Año	Datos del Afiliado									Fecha de la Solicitud
				Tipo Documento	Numero de Documento	Apellido1	Apellido2	Nombre1	Nombre2	Fecha Nacimiento	Dirección	Teléfono	
Nombre del Municipio	Nombre de la EPS	Mes de validación	Año de Validación	Tipo de documento del afiliado	Número de documento del afiliado	Primer apellido del afiliado	Segundo apellido del afiliado	Primer Nombre del afiliado	Segundo Nombre del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado Formato: dd/mm/aaaa	Dirección del afiliado	Teléfono del afiliado	Fecha en que solicita el servicio No Pos

Tipo Solicitud	Descripción de la Solicitud	Fecha de respuesta	Fecha de prestación de servicio o entrega de medicamento	Entidad Que Suministra	Suministrado	En caso de no haberse suministrado explicar los motivos	Tiempo de respuesta (Días)	Tiempo de entrega o de prestación del servicio (Días)
Escriba una opción:	Detalle la descripción de lo que solicita el usuario	Fecha en que la EPS da respuesta a la solicitud del usuario	Fecha en que se presta o suministra el servicio solicitado	Entidad que hace entrega del servicio solicitado	Escriba una opción:	Relacione los motivos de negación de la solicitud	Cálculo de los días contabilizados desde la fecha de solicitud hasta la fecha de respuesta	Cálculo de los días contabilizados desde la fecha de solicitud hasta la fecha de prestación del servicio solicitado
1: Medicamento					1. Sí			
2: Procedimiento					2. No			
3: Otro					3. Parcial			

## Anexo 27. Acciones de tutela

Formato I.1.1 Acciones de tutela																											
Municipio	EPS	Mes	Año	Datos del Afiliado									Tipo de Tutela	Fecha Radicado	Juzgado	Entidad Tutelada	Tipo de Solicitud	Descripción de la Solicitud	Fecha de Respuesta	Fallo de la tutela	Motivos (solo cuando falla En Contra del Usuario)	Fecha de inicio de acato a la orden del Juez	Estado Actual	Tiempo de respuesta (Días)	Tiempo de entrega o de prestación del servicio (Días)		
				Tipo Documento	Numero de Documento	Apellido1	Apellido2	Nombre1	Nombre2	Fecha Nacimiento	Dirección	Teléfono															
																									0	0	
																										0	0
																										0	0

## Instructivo Anexo 27. Acciones de tutela

Municipio	EPS	Mes	Año	Datos del Afiliado								
				Tipo Documento	Numero de Documento	Apellido1	Apellido2	Nombre1	Nombre2	Fecha Nacimiento	Dirección	Teléfono
Nombre del Municipio	Nombre de la EPS	Mes de validación	Año de Validación	Tipo de documento del afiliado	Número de documento del afiliado	Primer apellido del afiliado	Segundo apellido del afiliado	Primer Nombre del afiliado	Segundo Nombre del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado	Dirección del afiliado	Teléfono del afiliado

Tipo de Tutela	Fecha Radicado	Juzgado	Entidad Tutelada	Tipo Solicitud	Descripción de la	Fecha de Respuesta	Fallo de la tutela
	<b>Acción de Tutela</b>				<b>Solicitud</b>		
<i>Escriba la opción:</i>	<i>Fecha de radicación de la acción de tutela</i>	<i>Escriba el Juzgado donde fue interpuesta la tutela</i>	<i>Escriba la entidad(es) objeto de la tutela</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Resumen de la solicitud del usuario</i>	<i>Fecha en que la entidad objeto da respuesta a la tutela</i>	<i>Escriba la opción:</i>
1. Nueva				1: Servicio Pos			1. A favor del usuario
2: Activa de periodos anteriores				2: Servicio No Pos			2. En contra del usuario
				3: Novedades en BDUA			
				4: Otro			

Motivos (solo cuando falla)	Fecha de inicio de acato a la orden del	Estado Actual	Tiempo de respuesta (Días)	Tiempo de entrega o de prestación del
<b>En Contra del Usuario)</b>	<b>Juez</b>			<b>servicio (Días)</b>
<i>Relacione los motivos por los cuales la tutela falla en contra del usuario</i>	<i>Fecha a partir de la cual la entidad objeto inicia la entrega el servicio solicitado por tutela al usuario</i>	<i>Escriba la opción:</i>	<i>Cálculo de los días contabilizados desde la fecha de radicado hasta la fecha de respuesta</i>	<i>Cálculo de los días contabilizados desde la fecha de radicado hasta la fecha de prestación del servicio solicitado por tutela</i>
		1. En proceso		
		2: En ejecución		
		3: Finalizada		

## Anexo 28. Peticiones, Quejas o reclamos – PQR

Formato J.1.1 Peticiones, Quejas o reclamos -PQR																						
Municipio	Fecha Recepción	Nombre Persona que Recepciona la PQR	Forma de presentación	Tipo	Clasificación	Entidad contra quien va dirigida la PQR	Datos de quien interpone la PQR					Datos del usuario afectado			Descripción PQR	Solución Planteada	Fecha de respuesta	Fecha Finalización	Solucionada	Tiempo de respuesta (Días)	Tiempo de Finalización de PQR	
							Tipo	Numero de	Nombres y	Dirección	Teléfono	Tipo	Numero de	Nombres y								
							Documento	Documento	apellidos			Documento	Documento	apellidos								
																					0	0
																					0	0
																					0	0
																					0	0
																					0	0
																					0	0
																					0	0

## Instructivo Anexo 28. Peticiones, Quejas o reclamos – PQR

Municipio	Fecha Recepción	Nombre Persona que Recepciona la PQR	Forma de presentación	Tipo	Clasificación
Escriba el Nombre del municipio	Formato DD/MM/AAAA	Escriba el nombre de quien recibe la PQR	Escriba el código de 1 a 7	Escriba el código de 1 a 2	Escriba el código de 1 a 43
			1: Presencial	1. Queja o reclamo	1: Oportunidad. Demora en la asignación de citas
			2: Escrito	2. Petición o Sugerencia	2: Oportunidad. Demora en la entrega de autorizaciones
			3: Telefónico		3: Oportunidad. Demora en la entrega de medicamentos
			4: Correo electrónico		4: Oportunidad. Demora en la entrega de materiales y suministros quirúrgicos
			5: Buzón EPS		5: Oportunidad. Demora en la programación de cirugías
			6: Buzón oficina SAC		6: Oportunidad. Demora en la asignación y/o entrega de ayudas diagnósticas
			7: Otro		7: Oportunidad. Demora en la atención de la cita
					8: Oportunidad. Demora en la consecución del servicio de UCI
					9: Oportunidad. Demora en autorización de referencia y contrareferencia.
					10: Oportunidad. Demora en la atención de urgencias
					11: Acceso. Negación en la atención del servicio de urgencias
					12: Acceso. Negación en la autorización de medicamentos
					13: Acceso. Negación en la autorización de ayudas diagnósticas
					14: Acceso. Negación en la autorización de cirugías
					15: Acceso. Negación en la autorización de profesional en salud domiciliario
					16: Acceso. Negación en la autorización de consultas médicas
					17: Acceso. Negación a servicios médicos
					18: Acceso. Negación en la autorización de suministros y material quirúrgico
					19: Acceso. Negación del servicio de ambulancia
					20: Acceso. Incumplimiento a fallo de tutela
					21: Acceso. Negación en la prestación de servicios por carencia de contratos y convenios
					22: Acceso. Negación de servicios médicos por SOAT.
					23: Calidad. Mal trato por parte de los funcionarios de salud
					24: Calidad. Mal trato por parte de los usuarios a los funcionarios de salud
					25: Calidad. Insatisfacción por el servicio prestado (remisiones, diagnóstico y tratamiento)
					26: Administrativo. Cobros inapropiados (cuotas moderadoras - de Recuperación, copagos)
					27: Administrativo. Solicitud de reembolso de gastos médicos
					28: Administrativo. Inconformidad por trámite de traslado de EPS
					29: Administrativo. Inconformidad en la asignación de la IPS
					30: Administrativo. Inadecuadas instalaciones locativas
					31: Administrativo. Negación de afiliación o exclusión de la EPS
					32: Administrativo. Insuficiencia de equipos médicos
					33: Administrativo. Negación en el pago de licencias e incapacidades.
					34: Administrativo. Vulneración de derechos
					35: Administrativo. Novedades en bases de datos
					36: Administrativo. Deficiencia en los trámites en SSD.
					37: Orientación. Derechos y deberes de los usuarios
					38: Orientación. Ubicación de los servicios de salud
					39: Orientación. Afiliación (multiafiliación, no asegurados y errores en la base de datos)
					40: Orientación. (Información para la consecución de subsidios, instituciones y ayudas técnicas)
					41: Orientación. Solicitud del código de víctima
					42: Orientación. Información acerca SGSSS
					43: Otras

Entidad contra quien va dirigida la PQR	Datos de quien interpone la PQR	Datos del usuario afectado	Descripción PQR	Solución Planteada	Fecha de respuesta	Fecha de Finalización	Solucionada SI/NO	Tiempo de respuesta (Días)	Tiempo de Finalización a PQR (Días)
<i>Escriba el nombre de la entidad contra quien va dirigida la PQR</i>	<i>Relacione los datos básicos de la persona que interpone la PQR</i>	<i>Relacione los datos de la persona afectada por la PQR</i>	<i>Describa la PQR</i>	<i>Describa la solución planteada para la PQR</i>	<i>Formato DD/MM/AAAA</i>	<i>Formato DD/MM/AAAA</i>	<i>Escriba la opción</i>	<i>Contabilizados desde la Fecha de Recepción hasta la fecha de Respuesta</i>	<i>Contabilizados desde la Fecha de Recepción hasta la fecha de Finalización</i>
							1. Sí		
							2. No		

## Anexo 29. Actas de apertura de buzón de PQR

Formato J.2.1 . Actas de apertura de buzón de PQR								
Municipio	Mes	Año	Entidad: Oficina SAC o Nombre de EPS	Fecha acta	total asistentes	Total Quejas o reclamos	Total de Peticiones o Sugerencias	Numero de folios anexos al acta

## Instructivo Anexo 29. Actas de apertura de buzón de PQR

Municipio	Mes	Año	Entidad: Oficina SAC o Nombre de EPS	Fecha acta	total asistentes	Total Quejas o reclamos	Total de Peticiones o Sugerencias	Numero de folios anexos al acta
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Relacione el nombre de la EPS o de la oficina SAC municipal</i>	<i>Escriba la fecha del acta de apertura</i>	<i>Escriba el total de asistentes de la reunión</i>	<i>Escriba el total de quejas o reclamos relacionados en el acta</i>	<i>Escriba el total de Peticiones o sugerencias relacionados en el acta</i>	<i>Relacione el número de folios que contiene el acta de buzón</i>



### Anexo 31. Protección Específica y Detección temprana – PEDT

Formato L.1.1 Protección Específica y Detección Temprana - PEDT											
Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha radicación informe	Periodo reportado	IPS Contratada	Actividades Contratadas	Actividad con cumplimiento inferior al 80%	Estrategia definida	Fecha de seguimiento	Seguimiento

### Instructivo Anexo 31. Protección Específica y Detección temprana – PEDT

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha radicación informe	Periodo reportado	IPS Contratada	Actividades Contratadas	Actividad con cumplimiento	Estrategia definida	Fecha de seguimiento	Seguimiento
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Escriba la fecha en que fue radicado el informe al ET</i>	<i>Escriba el período evaluado en el informe</i>	<i>Escriba el nombre de la IPS que tiene contratadas las actividades PEDT</i>	<i>Escriba las actividades PEDT que tienen contratadas con la IPS</i>	<i>Relacione la actividad con cumplimiento inferior al 80%</i>	<i>Relacione la estrategia definida por la IPS para mejorar el cumplimiento de la cobertura</i>	<i>Escriba la fecha en que se efectuará seguimiento a la estrategia</i>	<i>Escriba un resumen sobre la evaluación al cumplimiento de la estrategia</i>

### Anexo 32. Demanda inducida

Formato L.2.1. Demanda Inducida															
Municipio	EPS	Mes	Año	Actividad de demanda inducida	Lugar donde se llevó a cabo la actividad	Fecha	Duración (horas)	Programa PEDT	Total de población canalizada					Total de población canalizada Por zona	
									Efectivo		No Efectivos		Total	Rural	Urbana
									Primera vez	Asistentes a los programas	Primera vez	Asistentes a los programas			
												0			
												0			
												0			
												0			
												0			
												0			

### Instructivo Anexo 32. Demanda inducida

Municipio	EPS	Mes	Año	Actividad de demanda inducida	Lugar donde se llevó a cabo la actividad	Fecha	Duración (horas)	Programa PEDT
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Relacione la actividad de Demanda inducida llevada a cabo por la EPS</i>	<i>Relacione el nombre del lugar donde se llevó a cabo la actividad</i>	<i>Escriba la fecha en que se llevó a cabo la actividad de Demanda Inducida. Formato (dd/mm/aaaa)</i>	<i>Escriba el tiempo de duración de la actividad en Horas</i>	<i>Escriba el Programa PEDT que se trabajó en la actividades</i>

Total de población canalizada					Total de población canalizada Por zona	
Efectivo		No Efectivos		Total	Rural	Urbana
Primera vez	Asistentes a los programas	Primera vez	Asistentes a los programas			
<i>Relacione el total de población canalizada por primera vez, y que asistió a la IPS al programa</i>	<i>Relacione el total de población canalizada ya inscrita en el programa , y que nuevamente asistió a la IPS</i>	<i>Relacione el total de población canalizada por primera vez, y que No asistió a la IPS al programa</i>	<i>Relacione el total de población canalizada ya inscrita en el programa , y que NO asistió a la IPS</i>	<i>Sumatoria del total de población canalizada (efectivos y no efectivos)</i>	<i>Relacione el total de población canalizada que pertenece a la zona Rural</i>	<i>Relacione el total de población canalizada que pertenece a la zona Urbana</i>

### Anexo 33. Capacitaciones a los Usuarios

Formato M.1.1. Capacitacion a los usuarios									
Municipio	EPS	Mes	Año	Capacitaciones a los afiliados			Capacitaciones a la Alianza de usuarios		
				Fecha	Temática	Total de asistentes	Fecha	Temática	Total de asistentes

### Instructivo Anexo 33. Capacitaciones a los Usuarios

Municipio	EPS	Mes	Año	Capacitaciones a los afiliados			Capacitaciones a la Alianza de usuarios		
				Fecha	Temática	Total de asistentes	Fecha	Temática	Total de asistentes
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Escriba la fecha del acta de capacitación a los afiliados</i>	<i>Escriba el tema tratado en la capacitación</i>	<i>Relacione el total de asistentes</i>	<i>Escriba la fecha del acta de capacitación a la Alianza de usuarios</i>	<i>Escriba el tema tratado en la capacitación</i>	<i>Relacione el total de asistentes</i>

### Anexo 34. Alianza de Usuarios

Formato M.2.1. Alianza de Usuarios														
Municipio	EPS	Año	Fecha conformación o renovación alianza de usuarios	Vigencia	Datos Integrante Alianza de usuarios									
					Tipo Documento	Numero de Documento	Apellido1	Apellido2	Nombre1	Nombre2	Fecha Nacimiento	Dirección	Teléfono	Email

### Instructivo Anexo 34. Alianza de Usuarios

Municipio	EPS	Año	Fecha conformación o renovación alianza de usuarios	Vigencia	Datos Integrante Alianza de usuarios										
					Tipo Documento	Numero de Documento	Apellido1	Apellido2	Nombre1	Nombre2	Fecha Nacimiento	Dirección	Teléfono	Email	Cargo
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Escriba la fecha del acta de conformación o renovación de alianza de usuarios</i>	<i>Vigencia de la alianza de usuarios ( en años )</i>	<i>Tipo de documento del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Número de documento del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Primer apellido del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Segundo apellido del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Primer Nombre del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Segundo Nombre del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Fecha de nacimiento del Integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Dirección del integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Teléfono del integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Email del integrante de la alianza de usuarios</i>	<i>Cargo del integrante dentro de la Alianza de usuarios</i>

### Anexo 35. Indicadores satisfacción medidos por la EPS

Formato M.3.1. Indicadores satisfacción medidos por la EPS								
Municipio	EPS	Mes	Año	Periodo de medición	Total encuestas aplicadas	% satisfacción del usuario en la EPS	% satisfacción del usuario en la IPS	Observaciones

### Instructivo Anexo 35. Indicadores satisfacción medidos por la EPS

Municipio	EPS	Mes	Año	Periodo de medición	Total encuestas aplicadas	% satisfacción del usuario en la EPS	% satisfacción del usuario en la IPS	Observaciones
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Relacione el período sobre el cual se esta midiendo el indicador</i>	<i>Escriba el total de encuestas que fueron aplicadas en el período</i>	<i>Escriba el Porcentaje de satisfacción del usuario en la EPS Medido por la EPS</i>	<i>Escriba el Porcentaje de satisfacción del usuario en la IPS de primer nivel Medido por la EPS</i>	<i>Escriba las observaciones que considere pertinentes</i>

### Anexo 36. Planes de Mejoramiento

Formato N.1.1. Planes de Mejoramiento							
Municipio	Fecha plan de mejoramiento	Entidad Evaluadora	Entidad Evaluada	Objetivo plan de mejoramiento	Clasificación	Fecha de seguimiento	Responsables

### Instructivo Anexo 36. Planes de Mejoramiento

Municipio	Fecha plan de mejoramiento	Entidad Evaluadora	Entidad Evaluada	Objetivo plan de mejoramiento	Clasificación	Fecha de seguimiento	Responsables
<i>Escriba el Nombre del municipio</i>	<i>Formato DD/MM/AAAA</i>	<i>Escriba el nombre de la Entidad que efectua el seguimiento al plan de mejoramiento</i>	<i>Escriba el nombre de la Entidad que ejecuta el plan de mejoramiento</i>	<i>Escriba el objetivo del plan de mejoramiento</i>	<i>Escriba el código de 1 a 7</i>	<i>Formato DD/MM/AAAA</i>	<i>Escriba el nombre de los responsables de ejecutar el plan de mejoramiento</i>
					1. Auditoría Régimen Subsidiado		
					2. Depuración base de datos		
					3. Análisis PQR		
					4. Análisis Informe de Satisfacción		
					5. Monitoreo de red		
					6. Asociación de usuarios		
					7. Otro		

### Anexo 37. Notificación de Hallazgos a Entidades de Vigilancia y control

Formato O.1.1. Notificación de Hallazgos a Entidades de Vigilancia y control														
Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de notificación de hallazgo	Número de oficio de envío	Nombre de funcionario que reporta el hallazgo	Entidad a quien se reporta	Descripción de Hallazgo	Anexos	Total de folios	Seguimiento			
											Radicado de respuesta al Hallazgo	Fecha radicado de respuesta	Entidad/Funcionario que envía respuesta	Descripción de la Respuesta

### Instructivo Anexo 37. Notificación de Hallazgos a Entidades de Vigilancia y control

Municipio	EPS	Mes	Año	Fecha de notificación de hallazgo	Número de oficio de envío	Nombre de funcionario que reporta el hallazgo	Entidad a quien se reporta
<i>Nombre del Municipio</i>	<i>Nombre de la EPS</i>	<i>Mes de validación</i>	<i>Año de Validación</i>	<i>Fecha de oficio de remisión del hallazgo</i>	<i>Número de radicado de oficio de remisión del hallazgo</i>	<i>Escriba el Nombre del funcionario que reporta el hallazgo</i>	<i>Escriba la opción</i>
							1. Personería Municipal
							2. Secretaría de Salud departamental
							3. Superintendencia Nacional de Salud
							4. Contraloría General de la República
							5. Procuraduría general de la Nación
							6. Otro (especifique)

Descripción de Hallazgo	Anexos	Total de folios	Seguimiento			
			Radicado de respuesta al Hallazgo	Fecha radicado de respuesta	Entidad/Funcionario que envía respuesta	Descripción de la Respuesta
<i>Resumen del hallazgo enviado</i>	<i>Relacione los anexos</i>	<i>Relacione el total de folios</i>	<i>Relaciona el número de radicado de la respuesta al hallazgo</i>	<i>Relaciona la fecha de la respuesta al hallazgo</i>	<i>Relacione el nombre funcionario y de la entidad que da respuesta al hallazgo</i>	<i>Resumen de la respuesta obtenida para el hallazgo</i>

## TABLAS

**Tabla 1. Glosas de Negocio - GN y Estructura - GE de la BDUA – 01/08/2016**

GLOSA	DESCRIPCION
GN0001	El número de identificación del Aportante no es válido.
GN0003	Tipo y número de identificación del afiliado repetido en el archivo. Afiliado repetido para el mismo lapso de tiempo.
GN0004	Tipo y número de identificación del Aportante repetido en archivo maestro.
GN0005	Tipo de identificación del Aportante no Válido.
GN0006	Aportante ya registrado en la BDUA.
GN0007	Razón social del Aportante contiene caracteres no permitidos.
GN0008	Cotizante principal (CNT) / Cabeza de familia (SBS), no existe en la BDUA.
GN0009	Cotizante principal (CNT) / Cabeza de familia (SBS), existe en la BDUA o en el Maestro de Ingresos, pero no pertenece a la misma entidad / régimen o no esta en calidad de Cotizante principal / Cabeza de familia. Cotizante principal (CNT), no existe en BDUA.
GN0011	Cotizante principal (CNT) / Cabeza de familia (SBS), reportado se encuentra en la BDUA en estado RETIRADO - DESAFILIADO - FALLECIDO. Cotizante principal (CNT), reportado se encuentra en la BDUA en estado RETIRADO - DESAFILIADO - FALLECIDO.
GN0012	Tipo de documento de identidad del afiliado no es válido para afiliados que son nuevos en la BDUA.
GN0013	Afiliado ya existe en la BDUA para Régimen Contributivo.
GN0014	Tipo y número de documento de identidad del afiliado ya existe en histórico de documentos BDUA.
GN0016	Afiliado existe en BDUA con diferente tipo y número de documento de identidad. El afiliado se encuentra como presunto repetido.
GN0017	Afiliado ya existente pero los datos no concuerdan con la información de tipo genero enviada con la BDUA
GN0018	Identificación del afiliado en RNEC FALLECIDO o CANCELADA.

GN0019	Primer nombre inconsistente o con caracteres no permitidos que son nuevos en la BDUA.
GN0020	Segundo nombre inconsistente o con caracteres no permitidos que son nuevos en la BDUA.
GN0021	Primer apellido inconsistente o con caracteres no permitidos que son nuevos en la BDUA.
GN0022	Segundo apellido inconsistente o con caracteres no permitidos que son nuevos en la BDUA.
GN0025	Cotizante principal / Cabeza de familia, ya tiene registrado un cónyuge o tiene más de un cónyuge en el archivo de ingresos. Cotizante principal ya tiene registrado un cónyuge o tiene más de un cónyuge en el archivo de ingresos.
GN0028	El Aportante no existe en el maestro de aportantes en la BDUA.
GN0029	Afiliado en trámite de traslado, en el Régimen Contributivo.
GN0030	Afiliado no pertenece a la entidad / Régimen.

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GN0031	Afiliado no existe en la BDUA.
GN0032	Afiliado existe en BDUA en estado fallecido.
GN0034	Primer Apellido diferente al registrado en la BDUA.
GN0035	Segundo Apellido diferente al registrado en la BDUA.
GN0036	Primer Nombre diferente al registrado en la BDUA.
GN0037	Segundo nombre diferente al registrado en la BDUA.
GN0040	Entidad no corresponde a la reportada en el archivo R2.
GN0041	Afiliado no reportado en el archivo R2.
GN0042	Consecutivo de la novedad repetido dentro del archivo de novedades.
GN0049	Fecha de nacimiento diferente al registrado en la BDUA.
GN0050	Afiliado existe en la BDUA y la fecha de la última encuesta SISBEN no corresponde al departamento / municipio.
GN0059	Afiliado con datos certificados RNEC, no se puede aplicar esta novedad.
GN0060	Edad del afiliado inconsistente con tipo y número de identificación.
GN0062	Fecha de nacimiento superior a fecha de afiliación a la entidad.
GN0063	Registro no pertenece a un afiliado Cotizante en la BDUA.
GN0065	El tipo de afiliado debe ser Cotizante.
GN0066	Afiliado reportado debe ser Beneficiario o Adicional, para poder pasar a ser Cotizante por medio de una Novedad N08.
GN0069	Cotizante no tiene relación con el Aportante.
GN0071	Tipo de afiliado debe ser Cotizante.
GN0074	Corrección en la fecha de nacimiento aplicada hasta el tope de cambios permitidos.
GN0075	Novedad ya aplicada solo se puede aplicar hasta el tope de cambios permitidos.
GN0076	Genero del afiliado reportado en novedad diferente al registrado en la BDUA.
GN0078	Zona de Afiliación reportada en novedad igual al registrado en la BDUA.
GN0079	Afiliado Cotizante, Cabeza de familia o Adicional, diligencia la condición de estudiante o
GN0080	Nivel SISBEN y Número de ficha SISBEN reportado en la novedad es igual al registrado en la BDUA.

GN0082	Grupo poblacional no corresponde con la identificación.
GN0083	Número de identificación NO Válido.
GN0084	Fecha de novedad inferior a la fecha de afiliación a la entidad actual.
GN0087	Afiliado con grupo familiar vigente.
GN0088	Estado actual no Válido para la novedad o igual al registrado en BDUJA.
GN0089	Identificación del Cotizante o Cabeza de familia en RNEC, se encuentra en estado Fallecido o Cancelada. Identificación del Cotizante en RNEC, se encuentra en estado Fallecido o Cancelada.
GN0091	Cotizante principal / Cabeza de familia, glosado en archivo de entrada.
GN0095	Cotizante tiene vigente la relación Cotizante Aportante reportada.
GN0096	Afiliado reportado, no tiene relación vigente con ese Cotizante.
GN0105	Cotizante principal en trámite de traslado.
GN0113	Afiliado reportado, ya tiene relación vigente con cotizante.

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GN0114	La fecha de vinculación con el aportante no se puede CRUZAR con la última relación con el mismo aportante.
GN0118	Municipio y Departamento reportado, es igual al registrado en la BDUA.
GN0121	Tipo modalidad de subsidio reportado, es igual a la registrada en la BDUA.
GN0122	Grupo poblacional reportado, igual al registrado en la BDUA.
GN0123	Indicador de Discapacidad reportado, igual al registrado en la BDUA.
GN0124	Estado reportado igual al registrado en la BDUA.
GN0129	Existe una relación laboral del afiliado con otro tipo de cotizante.
GN0130	Afiliado retirado.
GN0131	Fecha de la novedad diferente a la fecha de afiliación.
GN0134	Primer o segundo nombre CONTIENEN PATRONES NO VÁLIDOS.
GN0143	No se puede aplicar la novedad, porque el afiliado principal asociado al afiliado en BDUA se encuentra en proceso de trámite traslado.
GN0144	No se puede aplicar la novedad, porque el afiliado principal al cual se pretende asociar al afiliado se encuentra en proceso de trámite traslado.
GN0145	No se puede aplicar la novedad, porque el afiliado ES PRINCIPAL DE UN GRUPO FAMILIAR con uno o más afiliados en proceso de trámite traslado.
GN0146	No se puede asociar el afiliado al afiliado principal enviado en la información auxiliar de la novedad, pues este último ya se encuentra asociado a otro afiliado principal después de la fecha de inicio de novedad.
GN0148	Novedad N07 o N13 intenta cambiar a un afiliado con tipo de afiliado B, A a tipo de afiliado C. Estas novedades no especifican información de Aportante.
GN0149	El cambio de documento presenta un conflicto de duplicidad con uno o más registros dentro del proceso.
GN0150	Indicador de causal no Válido en trámites de traslado.
GN0151	No se puede hacer la evolución o corrección especificada de tipo de documento.
GN0152	Cotizante principal glosado en el archivo. Aplica para trámite de traslados.
GN0153	Afiliado reportado demasiadas veces en el archivo de novedades >= 50
GN0154	Se está intentado hacer una actualización de tipo de documento que ya está presente en el histórico de identificaciones del afiliado.
GN0160	Novedad no permitida para tipo de proceso (diferente de N09, N15).

GN0161	La solicitud de trámite de traslado a la misma entidad, solo es válido si se está activando al usuario. EL usuario debe estar en estado RE, DE.
GN0162	El municipio reportado en el registro no coincide con el del municipio que remite en el archivo.
GN0163	El código de municipio no existe.
GN0164	La novedad N15 solo se puede reportar para afiliados ingresados en el mes del proceso.
GN0165	El afiliado ha sido reportado a la BDUA con una o más restricciones de bloqueo de actualizaciones.
GN0166	El afiliado principal del grupo familiar ha sido reportado a la BDUA con una o más restricciones de bloqueo de actualizaciones.
GN0167	La información de corrección / actualización enviada en la novedad es igual a la registrada en la BDUA.
GN0168	El afiliado reportado en la Novedad N13 Causal 3, (afiliado homónimo que hay que bloquear), ya fue reportado con anterioridad.
GN0169	Los datos del afiliado enviados no coinciden con los datos certificados por la RNEC.
GN0170	El afiliado tiene una relación con otro tipo de aportante, que se cruza con el tipo de aportante 44 enviado,

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GN0171	Fecha de la última novedad inferior a la última modificación de la afiliación, para el tipo de Cotizante 44.
GN0172	La edad del afiliado es menor a la permitida para el tipo de Aportante 44.
GN0173	El serial que se solicita bloquear no existe en la BDUA.
GN0174	El serial que solicita bloquear es el mismo que se está enviando en los datos iniciales de la novedad.
GN0175	Supera los 50 afiliados.
GN0177	El afiliado debe ser mayor de edad para el tipo de Cotizante 44.
GN0178	Para Cotizante independiente el Aportante debe ser el mismo.
GN0179	Cotizante dependiente con el mismo como Aportante.
GN0180	La Condición del Beneficiario mayor de 18 años no es válida
GN0181	Beneficiario Circular 024 de 2012.
GN0182	Periodo Cerrado.
GN0183	No hay disponibilidad de días para compensar en el HAC (Aplica solo para Régimen Contributivo).
GN0184	Novedad no permitida por el Régimen y el estado de afiliación en la BDUA.
GN0186	Afiliado es Cotizante principal en otro grupo familiar.
GN0187	Existe el afiliado, pero para el periodo especificado no existe información de tipo y número de documento de identidad.
GN0188	Existe el afiliado, pero para el periodo especificado existe información de más de un tipo y número de documento de identidad.
GN0189	Para afiliado A / B se envía él mismo como Cotizante principal.
GN0190	Afiliado principal se envía como segundo cotizante o está en la BDUA como no principal.
GN0251	El periodo solicitado por la EPS de Régimen Subsidiado no podrá generar mas de dos afiliaciones activas.

GN0252	El periodo solicitado por la EPS de Régimen Subsidiado no puede ser mayor a un año.
GN0253	Un número superior a dos entidades están tratando de recuperar periodos de tiempo del mismo mes.
GN0254	Tipo de Movilidad no válido para Cotizantes.
GN0255	Tipo de Movilidad no válido para Beneficiarios.
GN0256	No corresponde a Movilidad.
GN0257	Nivel SISBEN diferente a 1 o 2.
GN0258	Grupo Poblacional no corresponde con Nivel SISBEN.
GN0261	El Cotizante del Beneficiario no se encuentra en el Régimen Subsidiado.
GN0297	El registro presenta afiliación como pensionado.
GN0298	El periodo reportado por novedad retroactiva no corresponde a lo cargado en la BDUA.
GN0299	De acuerdo a lo referenciado por PILA, el registro ha reportado pagos como pensionado.
GN0300	El documento que se pretende corregir no existe en la tabla de referencia de la RNEC.

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GN0301	N09 Retroactiva - 1: No coincide primer nombre y primer apellido con RNEC. N09 Retroactiva - 3: La fecha de defunción remitida es anterior a la primera afiliación del registro.
GN0302	La fecha de inicio de novedad se encuentra en BDEX para el periodo solicitado.
GN0303	El afiliado debe presentar el estado Activo, posterior al 28 de junio de 2014, para aplicar Movilidad.
GN0311	En las solicitudes de traslado realizadas por una entidad del régimen contributivo, la fecha de solicitud de traslado no puede ser anterior al 01/01/2009.
GN0312	En las solicitudes de traslado realizadas por una entidad del régimen subsidiado, la fecha de solicitud de traslado no puede ser mayor a 11 meses, contados hacia atrás a partir de la de la fecha reportada.
GN0313	Para los archivos R4/S4, el registro cumple con el tiempo mínimo de permanencia requerido para aplicar traslado y es negado por la causal 1, por tanto se da como aprobado.
GN0314	Para los archivos R4/S4, la fecha sugerida de solicitud de traslado requerido para la causal 7 debe ser remitido de carácter obligatorio por las entidades.
GN0315	Si en el proceso R1/S1 el afiliado cumplió la permanencia mínima y en el proceso R4/S4 la fecha factible es menor igual a la fecha de solicitud del traslado.
GN0316	Si en el proceso R1/S1 el afiliado cumplió la permanencia mínima y en el proceso R4/S4 la fecha factible es mayor que el último día del mes de radicación y diferente del primer día del mes siguiente y/o subsiguiente.
GN0317	Si en el procesos R1/S1 el afiliado se encuentra dentro de la población asignada por la Resolución 4911 del 2015 y en el proceso R4/S4 es negado por la causal 1 y ya surtieron los días asignados por la Supersalud, no aplica la negación.
GN0318	Si en el proceso S4 el afiliado es solicitado por el régimen contributivo y es beneficiario o adicional y la entidad del régimen subsidiado niega la solicitud del traslado, se da como no procedente la negación, debido a que prima la unificación del grupo familiar en el régimen contributivo.
GN0321	Una NR-C o NR-S solo pueden aplicar a la afiliación actual efectiva si se trata de la misma entidad o de la entidad homologa de movilidad.
GN0322	La misma NR ha sido presentada y aprobada en un proceso previo y no han sido aplicadas nuevas novedades retroactivas al mismo periodo.
GN0323	Si una EPS homologada presenta una NR-C o NR-S, esta deberá tener fecha mayor o igual al 28/06/2014.
GN0324	La sumatoria de los días de las NR-C aplicadas a un afiliado en una EPS en un periodo, debe ser menor o igual que el número de días de recaudos no cotizados.
GN0325	Una novedad retroactiva tipo 2 (Solo adición de Aportante), no puede aplicarse en el intervalo de días, debido a que ya existe una relación con el mismo Aportante.

GN0326	Una novedad retroactiva tipo 2 (Solo adición de Aportante), no puede aplicarse en el intervalo de días, debido a que el afiliado está en otra entidad o no es un Cotizante activo.
GN0340	IPS Primaria no es válida de acuerdo Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
GN0341	El tipo de población a actualizar debe ser diferente al que tiene actualmente en la BDUA.
GN0342	1: La novedad no está permitida para el grupo poblacional que actualmente tiene en la BDUA. 2: El nivel sisben a actualizar debe ser diferente al que tiene actualmente en la BDUA. 3: Nivel sisben no corresponde al reportado por DNP.

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GE0000	Número de columnas no corresponde
GE0001	Código de entidad no Válido
GE0002	Código de entidad no es consistente con el nombre de archivo
GE0003	Valor no permitido para tipo de documento del Cotizante Principal o cabeza de familia
GE0004	Número de identificación del Cotizante principal/Cabeza de Familia diligenciado con tipo de documento vacío o viceversa
GE0005	Número de identificación del Cotizante principal/Cabeza de Familia no Válido
GE0006	El Tipo de Identificación del Afiliado no es válido
GE0007	Tipo de afiliado B o A reporta tipo de cotizante
GE0008	Número de identificación del afiliado no válido
GE0009	Primer apellido con longitud no válida
GE0010	Segundo apellido con longitud no válida
GE0011	Primer nombre con longitud no válida
GE0012	Segundo nombre con longitud no válida
GE0013	Fecha de nacimiento no Válida
GE0014	Fecha de nacimiento superior a la fecha de afiliación al SGSSS
GE0015	Fecha de nacimiento superior a fecha de afiliación a la entidad
GE0016	Fecha de nacimiento anterior a 1885 o superior a fecha actual

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GE0017	Sexo del afiliado no Válido
GE0018	Valor no permitido para tipo de Cotizante
GE0019	Tipo de afiliado A, B o C (Cotizante Cónyuge) sin información de cotizante principal
GE0020	El tipo de documento del aportante no es Válido
GE0021	El número de identificación del aportante no es consistente con el tipo
GE0022	Digito de verificación inconsistente
GE0023	Razón social inconsistente
GE0024	Tipo de aportante con valor no Válido
GE0025	Sector del aportante con valor no Válido
GE0026	Actividad económica no es Válida
GE0028	Fecha de inicio de la novedad debe ser superior al primero de marzo de 2007
GE0029	Tipo de afiliado no Válido
GE0030	Parentesco no Válido para tipo de afiliado diligenciado.
GE0031	La Condición del beneficiario mayor de 18 años no es Válida
GE0032	Afiliado cotizante o cabeza de familia diligencia la condición de estudiante o discapacitado
GE0034	Código departamento no Válido
GE0035	Código municipio no Válido
GE0036	La Zona de afiliación a salud no es Válida
GE0037	Fecha de afiliación al SGSSS no Válida
GE0038	Fecha de Afiliación al SGSSS superior a fecha actual
GE0039	Fecha de Afiliación al SGSSS anterior a 1994
GE0040	Fecha de Afiliación al SGSSS superior a fecha de afiliación a la entidad
GE0041	Fecha de afiliación a la entidad no Válida
GE0042	Fecha de Afiliación a la entidad anterior a 1994
GE0043	Fecha de Afiliación a la entidad superior a fecha actual
GE0044	Fecha de Afiliación a la entidad menor a la fecha de Afiliación al SGSSS
GE0046	Información del aportante diligenciada para afiliado Beneficiario o Adicional

GE0047	Cotizante independiente aportante debe ser el mismo
GE0049	Actividad económica no válida para tipo cotizante
GE0050	Información del aportante no diligenciada para afiliado Cotizante
GE0051	Fecha de vinculación aportante no Válida
GE0052	La fecha de vinculación aportante no puede ser inferior a la fecha de nacimiento.
GE0053	La fecha de vinculación aportante no puede ser inferior a la fecha de afiliación al sistema
GE0054	La fecha de vinculación aportante no puede ser inferior a la fecha de afiliación a la entidad
GE0055	La fecha de vinculación aportante no puede ser mayor a la fecha actual.
GE0056	Consecutivo de afiliado no Válido
GE0058	Tipo de afiliado O sin información de cabeza de familia diligenciada
GE0059	El tipo de afiliado no debe tener información reportada para el cotizante principal o cabeza de familia
GE0060	El código del Tipo de Población Beneficiaria del Subsidio no es válido

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GE0061	Grupo poblacional no corresponde con identificación
GE0062	El nivel del SISBEN no es válido
GE0063	Código del departamento no es válido para el nombre de archivo
GE0064	Número del contrato del ente territorial no Válido
GE0065	Fecha de inicio del contrato Ente Territorial no Válida
GE0066	Tipo de Contrato no Válido
GE0067	Pertenencia étnica no Válida
GE0068	Pertenencia étnica no corresponde con identificación de indígena
GE0069	Modalidad de subsidio no Válida
GE0070	Consecutivo de la novedad no Válido
GE0071	Código de novedad no Válido
GE0072	Fecha de afiliación a la entidad debe ser superior a 28/06/2014 y tendrá en cuenta el tipo de traslado para entidades Homologadas
GE0073	Fecha de novedad inferior fecha de nacimiento
GE0074	Número de Solicitud de traslado de la nueva entidad que pide el traslado no Válido
GE0075	Numero de aprobación de la entidad que se retiró el afiliado no Válido
GE0076	Aprobación o negación no Válida
GE0077	Causal de aprobación o negación no Válido
GE0078	Nuevos valores diligenciados que no son requeridos para la novedad
GE0079	Fecha de novedad superior a la fecha actual
GE0080	El tipo de documento es inferior al actual según lo permitido: CC a TI a RC a MS
GE0081	El Tipo de identificación del afiliado inconsistente con la edad
GE0082	Número de identificación del afiliado no es consistente con el tipo de identificación del
GE0083	Numero de identificación con ceros no permitidos
GE0084	Edad del afiliado inconsistente con tipo identificación MS
GE0085	Primer nombre inconsistente o con caracteres no permitidos
GE0086	Segundo nombre inconsistente o con caracteres no permitidos
GE0087	Primer apellido inconsistente o con caracteres no permitidos

GE0088	Segundo apellido inconsistente o con caracteres no permitidos
GE0089	N02, Nuevo Valor 1 igual a Nuevo Valor 2
GE0090	Fecha Inicio de la Novedad menor de la Nueva Fecha de Afiliacion al SGSSS
GE0092	Estado no Válido para la novedad
GE0096	Tipo y número de identificación del afiliado no puede ser igual al tipo y número de identificación del cotizante o cabeza de familia.
GE0097	Cotizante dependiente con el mismo como aportante
GE0098	Aplica para N01, N02 y N03, si los nuevos valores en conjunto diligenciados son iguales a los valores anteriores que vienen en el registro de la novedad.
GE0099	La fecha de retiro no es válida.
GE0100	Serial único del afiliado no es válido.
GE0101	Causal del motivo por el cual el afiliado debe o no ser desafiliado, no es válido.
GE0102	Tipo de Actualización de documento debe ser 1 ó 0.
GE0103	Valor 1 no corresponde con lo definido en la norma para esta novedad.

<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
GE0104	Valor 2 no es consistente con la causal en el Valor 1.
GE0110	Valor del tipo de traslado no Válido.
GE0111	El afiliado debe ser mayor de edad para el tipo de aportante 44.
GE0112	Fecha de vinculación con aportante no está en el rango permitido para aportante tipo 44.
GE0113	Valor no permitido en el estado de Validación.
GE0114	Espacio en blanco al principio o final en el primer apellido.
GE0115	Espacio en blanco al principio o final en el segundo apellido.
GE0116	Espacio en blanco al principio o final en el primer nombre.
GE0117	Espacio en blanco al principio o final en el segundo nombre.
GE0118	Tipo de póliza o contrato plan adicional de salud no Válido.
GE0119	Fecha de inicio de póliza o contrato plan adicional de salud no Válida.
GE0120	Numero de póliza o contrato plan adicional de salud no Válido.
GE0121	Fecha de Afiliacion a la entidad anterior a 30/12/2010
GE0122	Fecha de Afiliacion a la entidad anterior a 31/12/2011 para subsidio parcial
GE0123	Informacion en el documento del aportante no Válida o vacía
GE0124	Código CIIU inVálido o vacío
GE0125	Fecha de inicio o fin fuera del mes permitido
GE0126	Fecha de inicio mayor a la fecha final
GE0127	Fecha de final menor a la fecha inicio
GE0128	Fecha de novedad superior a la fecha permitida para la novedad N13
GE0129	Longitud del campo no Válida
GE0130	El campo debe ser D o E
GE0131	El campo debe estar entre C04 a C13
GE0132	El campo debe ser 0 o 1
GN0133	El campo debe ser 1 o 2
GN0134	Fecha factible de aprobación no Válida
GN0196	No cumple reglas de Movilidad

