

## ANEXO 20

# MANUAL DE APLICACIÓN DE LA RESOLUCION 3047 DE 2008

Contiene \_\_\_\_ Folios

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL EPS´S

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL PSS



## MANUAL DE APLICACIÓN DE LA RESOLUCION 3047 DE 2008

### 1. OBJETIVO

Se busca con éste Manual, que el Prestador de Servicios de Salud tenga claridad en la aplicación de los distintos artículos y párrafos que hacen parte integral de la Resolución, y puedan conocer como la EPS´S Convida implementó los distintos formatos y las demás obligaciones que la nueva normatividad exige, en particular las que tienen que ver con los mecanismos de envío y comunicación para las áreas de autorizaciones médicas y cuentas médicas.

### 2. DESARROLLO DEL MANUAL

#### 2.1 DEFINICION DE LOS MECANISMOS DE ENVIO Y COMUNICACIÓN

Se establecen como mecanismos de envío, por parte del Prestador de Servicios de Salud, de los Anexos Técnicos los siguientes:

<b>ANEXO TECNICO 1</b>	Correo Electrónico Fax	<a href="mailto:jolaya@cundinamarca.gov.co">jolaya@cundinamarca.gov.co</a> 091-2449680
<b>ANEXO TECNICO 2</b>	Correo Electrónico Fax 1 Fax 2	<a href="mailto:automedicas@cundinamarca.gov.co">automedicas@cundinamarca.gov.co</a> 091-3153626 091-7491148
<b>ANEXO TECNICO 3</b>	Correo Electrónico Fax 1 Fax 2	<a href="mailto:automedicas@cundinamarca.gov.co">automedicas@cundinamarca.gov.co</a> 091-3153626 091-7491148

El mecanismo de envío utilizado por la EPS´S Convida para el envío del Anexo Técnico 4 será a través de Correo Electrónico o Fax, de acuerdo al mecanismo de envío utilizado por el PSS para la solicitud de la autorización.

Es importante tener en cuenta que para la construcción del Anexo 8, Registro Conjunto de Trazabilidad de la Factura, que contiene el resumen de información de los anteriores anexos, además de las glosas a que haya lugar y la respuesta del PSS a las mismas, los campos de los anexos deben ir diligenciados en su totalidad.

## 2.2 ANEXO TECNICO 1


### ANEXO TÉCNICO No. 1 INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
		INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	
NUMERO INFORME		Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m m	
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR</b>			
Nombre		Nit	Numero
Código	Dirección prestador:		
Teléfono:	indicativo	número	Departamento: Municipio:
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)			CODIGO:
Tipo de inconsistencia		<input type="checkbox"/> El usuario no existe en la base de datos <input type="checkbox"/> Los datos del usuario no corresponden con los del documento de identificación presentado	
<b>DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)</b>			
1er Apellido		2do Apellido	
1er Nombre		2do Nombre	
<b>Tipo Documento de identificación</b>			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería			
Fecha de Nacimiento			a a a a - m m - d d
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono:
Departamento:		Municipio:	
<b>Cobertura en salud</b>			
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre no Asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro
<b>INFORMACION DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA</b>			
<b>VARIABLE PRESUNTAMENTE INCORRECTA</b>		<b>DATOS SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (físico)</b>	
<input type="checkbox"/> Primer Apellido	Primer Apellido:		
<input type="checkbox"/> Segundo Apellido	Segundo Apellido:		
<input type="checkbox"/> Primer Nombre	Primer Nombre:		
<input type="checkbox"/> Segundo Nombre	Segundo Nombre:		
<input type="checkbox"/> Tipo Documento de Identificación	Tipo Documento de Identificación:		
<input type="checkbox"/> Número Documento de Identificación	Número Documento de Identificación:		
<input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento: a a a a - m m - d d		
Observaciones			
<b>INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA</b>			
Nombre de quien reporta		Teléfono	
		indicativo número extensión	
Cargo o actividad:		Teléfono celular:	

MPS-IPi V5.0 2008-07-11

## 2.3 ANEXO TECNICO 2

### ANEXO TÉCNICO No. 2 INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS			
		NUMERO ATENCION <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
		Fecha: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
		Hora: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
INFORMACION DEL PRESTADOR			
Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>		NT <input style="width: 10%;" type="text"/>	CC <input style="width: 10%;" type="text"/>
Código <input style="width: 100%;" type="text"/>		Dirección prestador: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Teléfono: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Departamento: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		Municipio: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) <input style="width: 90%;" type="text"/>		CODIGO: <input style="width: 10%;" type="text"/>	
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>		2do Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>	
1er Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>		2do Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
		Número documento de identificación <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		Fecha de Nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Dirección de Residencia Habitual: <input style="width: 90%;" type="text"/>		Teléfono: <input style="width: 10%;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Municipio: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Cobertura en salud			
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total		<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	
		<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN <input type="checkbox"/> Desplazado	
		<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud <input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA ATENCION			
Origen de la atención <input type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional		<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	
		<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Desplazado	
		Clasificación Triage <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> 1. Rojo <input type="checkbox"/> 2. Amarillo <input type="checkbox"/> 3. Verde	
Ingreso a Urgencias			
Fecha: <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/>		Hora: <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> : <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/>	
		Paciente Viene Remitido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del prestador de servicios de salud que remite <input style="width: 90%;" type="text"/>		Codigo <input style="width: 10%;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Municipio: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Motivo de consulta:			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
Impresión Diagnóstica:			
	Codigo CIE10	Descripción	
Diagnóstico principal	<input style="width: 20px; height: 15px;"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Diagnóstico relacionado 1	<input style="width: 20px; height: 15px;"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Diagnóstico relacionado 2	<input style="width: 20px; height: 15px;"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Diagnóstico relacionado 3	<input style="width: 20px; height: 15px;"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Destino del Paciente			
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Observación		<input type="checkbox"/> Internación <input type="checkbox"/> Remisión	
		<input type="checkbox"/> Contrarremisión <input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA			
Nombre de quien informa <input style="width: 90%;" type="text"/>		Teléfono <input style="width: 10%;" type="text"/>	
		<input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/>	
		indicativo                      número                      extensión	
Cargo o actividad: <input style="width: 90%;" type="text"/>		Teléfono celular: <input style="width: 10%;" type="text"/>	
		<input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/> <input style="width: 20px; height: 15px;"/>	

MPS-AIU V5.0 2008-07-11





### **Resolución 416 de 2009**

El MPS realiza unas modificaciones a la Resolución reglamentaria 3047 de 2008 (relaciones prestadores – pagadores), y aclara temas relacionados con inconsistencias, novedades, y aclara que los pagadores no podan trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de autorizaciones. Para realizar estos ajustes, dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de vencimiento del periodo de transición previsto en el artículo 28 del Decreto 4747 de 2007, la SNS y las DS NO EFECTUARÁN requerimientos frente a la adopción de los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados.