

1. BASE DE CALIFICACIÓN CUENTAS MÉDICAS

Los parámetros que serán tenidos en cuenta para la auditoria de las cuentas médicas (prestación de servicios de salud), son los establecidos en la normatividad así:

- Decreto No. 4747 DE 2007 (Diciembre 7), emitido por el Ministerio de la Protección Social; Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- Resolución No. 3047 DE 2008 (14 de agosto), emitido por el Ministerio de la Protección Social; Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
- Resolución No. 5521 de 2013, emitida por el Ministerio de Salud y Protección social; Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Resolución No. 5395 de 2013 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social; por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.
- Manuales tarifarios convenidos de acuerdo al tipo de contratación y/o servicios prestados (Manual tarifario SOAT, Manual tarifario ISS)

Se adjunta normatividad enunciada

2. BASE DE CALIFICACIÓN PRESTACIONES ECONOMICAS

Los parámetros que serán tenidos en cuenta para la auditoria y reconocimiento de prestaciones económicas en las acreencias presentadas por personas naturales o jurídicas se tendrán en cuenta la normatividad legal vigente y los criterios mencionados a continuación.

2.1. REQUISITOS DE LEY QUE DEBE CUMPLIR EL AFILIADO PARA EL COBRO DE INCAPACIDADES

- ✓ Afiliación vigente: El trabajador cotizante debe estar afiliado en la fecha de inicio de incapacidad por la empresa que realiza la solicitud de reconocimiento económico. **Decreto 806 de 1998 Art 8, Decreto 1804 de 1999 Art 21, Decreto 047 del 2000 Art 3 y Decreto 783 del 2000.**
- ✓ Periodos de cotización: Los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado un mínimo de 4 semanas de forma continua e ininterrumpida. **Decreto 783 del 2002, Decreto 047 del 2000.**
- ✓ No presentar pagos extemporáneos: Por lo menos cuatro de los seis pagos de aportes anteriores a la fecha de inicio de incapacidad deberán haber sido oportunos, teniendo en cuenta los dos últimos dígitos del documento de identidad. **Decreto 1804 de 1999, Decreto 1670 del 2007.**
- ✓ Mora en aportes: Cuando el empleador y/o cotizante independiente incurre en mora, deberá asumir directamente el costo de la prestación económica. **Decreto 806 de 1998, Decreto 1804 de 1999.**
- ✓ Aportes durante el periodo que dure la incapacidad: El trabajador cotizante debe tener aportes durante todos los días de incapacidad. **Decreto 1406 de 1999 y Decreto 1804 de 1999.**

- ✓ Beneficiario: En ningún caso se debe expedir certificado de incapacidad o licencia en el formato aprobado por la EPS a quienes no tienen la condición de afiliados cotizantes activos. **Resolución 2266 de 1998**
- ✓ Pensionado: Los pensionados que no estén cotizando al sistema general de seguridad social en salud recibirán únicamente la prestación de los servicios y no tendrán derecho al reconocimiento de prestaciones económicas. **Circular externa N° 011 de 1995, Decreto 806 de 1998.**
- ✓ Periodo de protección laboral: No aplica el reconocimiento de prestaciones económicas. **Decreto 806 de 1998.**
- ✓ Tiempo para solicitar el pago: Tres años contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad. **Ley 1438 de enero de 2011.**
- ✓ Pago directo al empleador: El pago lo hará directamente el empleador al afiliado cotizante dependiente con la misma porosidad de su nómina. **Circular externa N° 011.**

Cobertura del Reconocimiento Económico de Incapacidades Según Entidad Administradora:

- ✓ Reconocimiento cargo del empleador: Las incapacidades por enfermedad general que sean inferiores a dos días serán reconocidas por el empleador. **Decreto 2943 de 2013.**
- ✓ Reconocimiento cargo de la EPS: Todas las incapacidades de tres a 180 días con orígenes enfermedad general o accidente de tránsito (SOAT), serán reconocidos por la EPS. **Ley 100 Art 206, Decreto 3990 del 2007.**
- ✓ Reconocimiento a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales: Todas las incapacidades con origen común enfermedad profesional o accidente de trabajo, su reconocimiento económico desde el día 1 está a cargo de la **ARL. Ley 100 de 1993. Decreto 1295 de 1994.**
- ✓ Reconocimiento a cargo del Fondo de Pensiones: Todas las incapacidades superiores al día 180 su reconocimiento económico está a cargo del fondo de Pensiones. **Decreto 1848 de 1969 y Decreto 2463 del 2001.**

2.2. REQUISITOS DE LEY QUE DEBE CUMPLIR EL AFILIADO PARA EL COBRO DE LICENCIAS DE MATERNIDAD y PATERNIDAD

Para dar cumplimiento y reconocimiento económico a todos los tipos de licencia de maternidad expuestos se tendrán en consideración la siguiente normatividad: ***Circular externa N° 011 de 1995 Art 237, Acuerdo 414 de 2009, Ley 1468 del 2011, Art 236-237 del CST, Decreto 047 del 2000, Circular 062 de 2013, Sentencia C-174 del 2009.***

2.2.1. RECONOCIMIENTO DE LICENCIAS DE MATERNIDAD

- ✓ Licencia de maternidad (parto a término): El aportante debe haber cotizado 9 meses contados a partir del mes de la licencia hacia atrás, por cada mes 30 días cotizados, excepto el último mes, el cual debe ser al menos de 20 días. Para las madres cotizantes independientes se liquidara proporcional a los periodos que haya cotizado en el sistema de seguridad social en salud, las variaciones salariales que excedan el 40% respecto al promedio de los 12 meses inmediatamente anteriores no serán tomadas en cuenta para la liquidación de la licencia.
- ✓ Licencia de maternidad (parto prematuro): debe haber cotizado 5 meses contados a partir del mes de la licencia hacia atrás, por cada mes 30 días cotizados, los días que se le otorgaran son 98 días y se adicionan la diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término 37 semanas.
- ✓ Licencia de maternidad (parto múltiple): debe haber cotizado 9 meses contados a partir de la licencia hacia atrás, cada mes por 30 días cotizados excepto el último mes el cual debe ser al menos de 20 días, para las madres cotizantes independientes se liquidara proporcional a los periodos de cotización que presenta en el sistema de seguridad social en salud, se le otorgaran 98 días y se le adicionaran dos semanas
- ✓ Licencia de maternidad (parto no viable): se le otorgaran como mínimo 14 días y un máximo de 28 días, para este tipo de licencia no se tienen en cuenta periodos mínimos de cotización.

- ✓ Licencia por adopción. Los mismos términos aplicados con base en la norma para las madres biológicas con parto a término, la fecha de inicio de la licencia será la misma a la fecha que expide el acta de colocación por ICBF, esto aplica para adopción de niños y niñas menores de 18 años.
- ✓ Fallecimiento de la madre: El empleador del padre del niño le concederá la licencia de maternidad de duración equivalente al tiempo que falta para expedir el periodo de la licencia posterior al parto, el reconocimiento económico de esta licencia será a cargo de la EPS a la cual se encuentra afiliado el padre cotizante con el ingreso base de cotización (IBC) con que éste haya efectuado las cotizaciones al sistema general de seguridad social en salud.

2.2.2. RECONOCIMIENTO DE LICENCIAS DE PATERNIDAD

Al padre cotizante se le otorgaran 8 días hábiles a partir de la fecha de inicio del nacimiento del niño, se liquida con el ingreso base de cotización del mes del evento y en caso de presentar variación salarial se realiza promedio de los 12 últimos meses o los que tenga cotizados en el sistema general de seguridad social en salud.

3. BASE DE CALIFICACIÓN REEMBOLSOS MEDICOS

Los criterios a tener en cuenta para la auditoria y el reconocimiento de los reembolsos médicos se ciñen a la normatividad legal vigente así:

- Resolución Número 5261 del 5 de agosto de 1994, emitida por el Ministerio de Salud, Plazo establecido por ley para la solicitud de reembolso:

ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario. Deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.”

- Estatuto Tributario de la DIAN, Artículo 617 que dice textualmente:

Requisitos de la factura de venta. Para efectos tributarios, la expedición de factura consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

Estar denominada expresamente como factura de venta.
Apellidos y nombre o razón y Nit del vendedor o de quien presta el servicio.
Apellidos y nombre del adquirente de los bienes o servicios.
Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
Fecha de su expedición.
Descripción específica de los artículos vendidos o servicios prestados.
El nombre o razón social y el Nit del impresor de la factura.

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

- Decreto No. 4747 DE 2007 (Diciembre 7), emitido por el Ministerio de la Protección Social; Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- Resolución No. 3047 DE 2008 (14 de agosto), emitido por el Ministerio de la Protección Social; Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
- Resolución No. 5521 de 2013, emitida por el Ministerio de Salud y Protección social; Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)