



**CIRCULAR EXTERNA No. 035 DE 2000
(27 DE DICIEMBRE)**

Señores:

REPRESENTANTES LEGALES, JEFES DE ÁREAS FINANCIERAS, JEFES DE CONTROL INTERNO, JEFES DE CONTABILIDAD, CONTADORES Y REVISORES FISCALES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS- PÚBLICAS

REFERENCIA: *Instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben dar a los procesos de facturación, costos, donaciones, y glosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas.*

Apreciados Señores:

Este Despacho, en cumplimiento de sus funciones legales y en particular las establecidas en los literales a), b) y c) del artículo 3º, literal a) del artículo 4 de la Ley 298 del 23 de julio de 1996, imparte las instrucciones relacionadas con el tratamiento administrativo y contable que deben dar a la facturación y las glosas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas.

1. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de estandarizar la información que deben presentar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas, disminuir las cargas operativas en la generación de reportes para los distintos usuarios de la misma y garantizar la calidad de la información mediante la definición de la estructura de cuentas, los parámetros de validación y los procedimientos, específicos de las IPS públicas, se expide la presente circular externa.

2. OBJETIVOS

- Unificar las bases de datos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas.
- Definir con base en el Catálogo General de Cuentas – CGC del Plan General de Contabilidad Pública - PGCP, la estructura de grupos, cuentas y subcuentas específicas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas.
- Estandarizar los informes que son solicitados a las IPS por las distintas entidades usuarias de la información.
- Diseñar parámetros de validación específicos para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas.
- Definir procedimientos administrativos y contables para ser aplicados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas.

3. ÁMBITO DE APLICACION

La presente circular externa deberá ser aplicada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, pertenecientes al sector público colombiano.

4. PROCESO ADMINISTRATIVO Y CONTABLE DE FACTURACIÓN

4.1 . DEFINICIÓN

El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que permiten liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención del usuario.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y acorde con el nuevo modelo de prestación de servicios que cambia el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, como cualquier empresa productora de bienes o servicios, debe garantizar su subsistencia mediante la producción y venta de servicios asistenciales.

Dadas las características del SGSSS, la IPS debe realizar un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas

por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS y realizar el cobro a las instancias pertinentes.

4.2. OBJETIVOS

4. 2.1 GENERAL

Facturar el total de las actividades, procedimientos e intervenciones prestados a los usuarios atendidos de acuerdo con un Manual de Procedimientos y tarifas establecidos en las relaciones contractuales por la Institución. Además producir información para toma de decisiones tanto para el nivel gerencial como operativo de la empresa.

4. 2.2 ESPECÍFICOS.

- a. Colaborar en el desarrollo e implementación del nuevo esquema de Seguridad Social en Salud.
- b. Garantizar a sus clientes, tanto internos como externos, información oportuna y veraz sobre los servicios prestados a un usuario y los costos de la atención.
- c. Dotar de herramientas efectivas que permitan dar a conocer la realidad económica del Sistema y orientar a los gerentes en la toma de decisiones oportunas y acertadas.
- d. Retroalimentar con información a las diferentes dependencias que participan en el proceso de facturación en la Institución.
- e. Diseñar e implementar los instrumentos básicos para la captura de información de los diferentes servicios, suficiente para permitir la elaboración de una factura, producto de la atención brindada.
- f. Dar herramientas que permitan crear mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso de prestación de servicios y cruces de información con las demás dependencias de la Institución.
- g. Efectuar el análisis de la participación y colaboración de cada una de las áreas dentro del proceso de facturación.
- h. Suministrar información estadística y contable como documentos de análisis y soporte de las áreas financieras y asistencial, lo cual apoyará la toma de decisiones de la alta gerencia.
- i. La cuantificación y participación de las Unidades de Producción en los ingresos de la Institución por venta de servicios.
- j. Colaborar en la determinación del estado de cartera por servicios prestados a la dependencia de Cartera.

- k. Liquidar los servicios prestados y generar facturas

4.3. INSUMOS Y PRODUCTOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

4.3.1 Entradas

- a. Un contrato o convenio y un manual de tarifas, los cuales sirven de base para facturar los servicios prestados a un paciente. Varios contratos pueden utilizar un mismo manual de tarifas o más (Manuales del Soat y del ISS).
- b. Soportes o documentos que deben llegar del área de admisiones del hospital, donde indiquen los ingresos (hoja de admisión) de los pacientes, los traslados de camas y pabellones y, los egresos (salidas) de los mismos.
- c. Otros soportes o documentos de apoyo que envían los distintos servicios médicos del hospital en que informan los procedimientos, exámenes y suministros que fueron realizados o aplicados a un paciente. (Registro individual de atención – RIA)

4.3.2 Salidas

- a. La principal salida de un área de facturación es la factura individual por paciente por concepto de servicios prestados al mismo. Esta debe cumplir estrictamente los requisitos legales y contractuales en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación y formatos, entre otros.
- b. También un hospital requiere internamente información que se genera en facturación y que debe ser distribuida bajo unos requisitos precisos. Esta información está compuesta de reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas médicas.

4. 4. USUARIOS

4.4.1 Usuarios que realizan pagos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS

- Los vinculados que pagan las cuotas de recuperación definidas de acuerdo con el proceso de estratificación y negociación, determinados al interior de cada institución.
- Los particulares que pagan la totalidad de los servicios recibidos
- Los afiliados al régimen contributivo que cancelan las cuotas moderadoras y copagos, cuando en el contrato celebrado entre IPS y EPS, ha quedado establecido su recaudo por parte de la IPS.

- Los afiliados al régimen subsidiado que cancelan los copagos de acuerdo al nivel socio económico en el cual está clasificado el usuario en las ARS, cuando en el contrato celebrado con la IPS, ha quedado establecido su recaudo por parte de ésta.

4.4.2 Usuarios que no realizan pagos en la IPS por la atención en Salud

- Población víctima de accidentes de tránsito
- Población víctima de eventos catastróficos y terroristas
- Población que recibe los servicios del Plan de atención básica - PAB
- Población usuaria de servicios de atención inicial de urgencias
- Población de mujeres en embarazo, de niños menores de un año, indígena e indigente, cualquiera que fuese su tipo de vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con lo anterior y por norma legal, toda IPS pública debe facturar y para ello se hace necesario organizar y estructurar dependencias de Facturación adecuadas que permitan registrar y liquidar los servicios de salud prestados a todos los usuarios y generar un documento soporte para el cobro y recaudo posterior.

4.5. SUBCUENTAS HABILITADAS EN EL CATÁLOGO GENERAL DE CUENTAS DEL PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD PÚBLICA PARA EL REGISTRO DE LOS DERECHOS DE LAS IPS

140901 - Plan obligatorio de salud POS – EPS

Es el derecho que tiene la IPS por la prestación de servicios de salud, en desarrollo de contratos celebrados con las EPS, para la atención de los afiliados al régimen contributivo, incluyendo la protección integral a las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. Adicionalmente incluye, el suministro de medicamentos esenciales.

140902 - Plan complementario – EPS

Es el derecho que tiene la IPS por la prestación de servicios de salud, en desarrollo de contratos con EPS para la atención de planes complementarios, los cuales comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan obligatorio de salud - POS.

140903 - Plan subsidiado de salud POSS - ARS

Es el derecho que tiene la IPS por la prestación de servicios de salud, en desarrollo de contratos celebrados con las Administradoras del régimen subsidiado - ARS, para la atención de los afiliados a este régimen, a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente. Incluye acciones de promoción y prevención, atención ambulatoria, hospitalaria de menor complejidad, atención a la madre gestante, al menor de un año y atención para enfermedades de alto costo.

140904 - Servicios de Salud - IPS privadas

Es el derecho que tiene la IPS por la prestación de servicios de salud, en desarrollo de contratos con IPS de naturaleza privada.

140905 - Empresas de medicina prepagada - EMP

Es el derecho que tiene la IPS de cobrarle a una Empresa de medicina prepagada, por la prestación de servicios de salud. La medicina prepagada es el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas, para la atención médica, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

140906 - Servicio de salud - Compañías aseguradoras

Es el derecho que tiene la IPS de cobrarle a las compañías aseguradoras, por la prestación de servicios de salud, en cumplimiento de pólizas tales como: póliza de vida, póliza blanca estudiantil.

140907 - Servicios de salud - Particulares

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar el valor total del servicio de salud, a los particulares que así lo soliciten.

140909 - Servicios de salud – IPS públicas

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar el valor correspondiente a la prestación de servicios a pacientes remitidos por otra IPS pública, en cumplimiento de contratos o convenios.

140910 - Servicios de salud - Entidades con régimen especial

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar el valor correspondiente a la prestación de servicios a pacientes vinculados con entidades especiales, tales como: Fuerzas militares, Policía nacional, Ejército, Ecopetrol e Inpec.

140911 - Atención con cargo al subsidio a la oferta

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar, en cumplimiento de contratos o convenios, el valor correspondiente a la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable que no tiene capacidad de pago, mientras se afilia al régimen subsidiado, a los afiliados en período de carencia y a quienes demandan servicios no incluidos en el POS subsidiado.

140912 - Riesgos profesionales - ARP

Es el derecho que tiene la IPS de cobrarle a las Administradoras de riesgos profesionales – ARP, el valor correspondiente a la prestación asistencial brindada a los asegurados, que sobrevenga por causa del trabajo y que produzca en el trabajador, una lesión orgánica o una perturbación funcional.

140913 - Cuota de recuperación

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar al vinculado de acuerdo con su estratificación, a los afiliados en períodos de carencia y a quienes demandan servicios no incluidos en el POS subsidiado.

140914 - Atención accidentes de tránsito SOAT – Compañías de seguros

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar a las Compañías aseguradoras que operan el ramo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT, los servicios prestados como consecuencia de accidentes de tránsito, de acuerdo con lo establecido en las disposiciones legales.

140915 – Reclamaciones FOSYGA - ECAT

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar, con cargo a los recursos del FOSYGA, el valor correspondiente a la atención en salud de las personas víctimas de eventos catastróficos tales como: desastres naturales, tecnológicos, actos terroristas y otros eventos considerados y aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

Así mismo, incluye el valor de los servicios prestados como consecuencia de accidentes de tránsito, cuando éstos superan los quinientos salarios mínimos legales diarios vigentes cubiertos por la póliza del SOAT, sin que sobrepase en 300 salarios mínimos legales diarios vigentes adicionales.

140916 - Convenios FOSYGA – Trauma mayor y desplazados

Es el derecho que tienen las IPS de cobrar, con cargo a los recursos del FOSYGA, el valor de los servicios por atención de víctimas de trauma mayor ocasionados por la violencia, de la población afiliada al régimen subsidiado, en los eventos no cubiertos por el POS-S y, de los vinculados sin capacidad de pago.

Igualmente incluye, el valor correspondiente a la atención médica y quirúrgica de las personas desplazadas por causas de la violencia política, considerado por el CNSSS como un evento catastrófico.

140917 – Ministerio de Salud – Recursos del IVA Social

Es el derecho que tiene la IPS de cobrar el valor correspondiente por la prestación de servicios de salud a pacientes que pertenecen al programa de Iva Social, de acuerdo con metodología establecida por el Ministerio de Salud.

4.6. OTROS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.6.1 Riesgos profesionales

La IPS que atienda a un afiliado al sistema general de riesgos profesionales, debe informar a la EPS y ARP correspondientes, dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional.

4.6.2 Atención accidentes de tránsito SOAT – Compañías de seguros

El Decreto 1283 de 1996, establece los procedimientos y los soportes requeridos para la presentación de estas cuentas, como son el Formulario único de reclamación adoptado por el Ministerio de Salud (FUSOAT 01) y el formulario para el trámite de la cuenta de cobro. (FUSOAT 02). La póliza del SOAT, cubre los gastos de atención médico quirúrgica hasta por el equivalente a 500 Salarios mínimos legales diarios vigentes

El accidente de tránsito se acredita con cualquiera de los siguientes documentos:

Certificado de atención médica. Debe contener nombres, documento de identificación, edad de la víctima, fecha y hora de atención y, descripción de los hallazgos clínicos o certificado de medicina legal.

Certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedido por la autoridad de tránsito.

Denuncia penal de ocurrencia del accidente. Esta denuncia puede ser presentada por cualquier persona ante autoridad competente, cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable.

Las entidades aseguradoras pagarán a la IPS, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de presentación de la reclamación debidamente diligenciada. Si transcurrido este plazo la Compañía

Aseguradora no ha efectuado el pago, ésta reconocerá y pagara la tasa de interés de mora correspondiente.

4.6.3 Reclamaciones FOSYGA - ECAT

El monto máximo por servicios medico quirúrgicos es 800 SDMLV.

La acreditación de condición de víctima de un evento catastrófico, requiere los siguientes procedimientos:

- Diligenciar el formulario único de reclamación para eventos catastróficos expedido por el Ministerio de Salud - Formato FOSGA -01
- Diligenciar la cuenta de cobro - Formato FOSGA -02.
- Certificación en la cual conste que el paciente está incluido en el censo de víctimas elaborado por las autoridades competentes.

4.6.4 Convenios FOSYGA – Trauma mayor y desplazados

La prestación de los servicios de salud por concepto de trauma mayor y desplazados, con cargo a los recursos del Fosyga, no requiere por parte de la IPS, anexar facturas, recibos o fórmulas para su reconocimiento y pago, sin perjuicio que dichos comprobantes se conserven en la IPS para las verificaciones a que haya lugar, por parte del Ministerio de salud y de la Superintendencia nacional de salud.

4.6.5 IVA Social

La acreditación de calidad de beneficiario del programa se hace con alguno de los siguientes documentos:

- Constancia de la trabajadora social que certifica que el paciente pertenece a la población vinculada, previa certificación de la Alcaldía.
- Copia de clasificación de SISBEN.
- Fotocopia del carnet entregado por la IPS, con el logotipo del Ministerio de Salud y de la Institución, donde conste que el paciente pertenece al programa de Iva Social. (Opcional)

4.7. TRATAMIENTO CONTABLE

4.7.1 Contratos de capitación

Contrato celebrado entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades administradoras de los recursos del sistema, el cual consiste en que por una suma fija predeterminada que paga la administradora, el prestador se obliga a efectuar a su cargo los servicios, independientemente de su frecuencia o demanda. Estos contratos pueden pactarse con pago vencido o anticipado.

4.7.1 Pago vencido

Un hospital realiza un contrato de capitación con una EPS, para la atención del Plan obligatorio de salud – POS, por valor de \$360.000.000 por un año, pagadero mes vencido.

La causación del ingreso debe efectuarse con base en los servicios facturados al paciente, mediante el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta respectiva		XXX

Al finalizar el mes debe compararse el valor de la facturación con el valor del contrato. Pueden ocurrir dos situaciones:

- Que el valor facturado supere el valor del contrato.

Asumiendo que el valor facturado fue de \$33.000.000 y el valor del contrato en el mes de \$30.000.000, debe elaborarse una nota crédito interna, por la diferencia, la cual debe registrarse de la siguiente manera:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5111	GENERALES		
511160	Margen en la contratación de servicios de salud	\$3.000.000	
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		\$3.000.000

- Que el valor facturado sea inferior al valor del contrato

Si el valor facturado fue de \$28.000.000 y el valor del contrato en el mes de \$30.000.000, debe elaborarse una nota débito interna, por la diferencia, la cual debe registrarse como se indica a continuación:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS	\$2.000.000	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
431298	Margen en la contratación de servicios de salud		\$2.000.000

4.7.2 Pago anticipado

Si en el contrato de capitación celebrado se pactó el pago mes anticipado, los registros a efectuar son los siguientes:

- En el momento de recibir el pago

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA		
110501	Caja principal	\$30.000.000	
2910	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO		
291007	Ventas		\$30.000.000

En la medida que se facturen los servicios al paciente, se reconoce el ingreso y se amortiza el diferido, mediante el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2910	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO		
291007	Ventas	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta respectiva		XXX

En caso de presentarse diferencias entre el valor facturado y el valor del contrato, debe procederse de la siguiente manera:

- Si el valor facturado supera el valor del contrato.

En este caso, la amortización del diferido se agota en los \$30.000.000. A partir de allí, se causa el ingreso por la diferencia, mediante el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5111	GENERALES		
511160	Margen en la contratación de servicios de salud	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta respectiva		XXX

- Si el valor facturado es inferior al valor del contrato.

En este caso, la diferencia se amortiza mediante el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2910	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO		
291007	Ventas	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
431298	Margen en la contratación de servicios de salud		XXX

4.7.3 Contratos por evento

Contrato celebrado entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades administradoras de los recursos del sistema, el cual consiste en que la IPS factura los servicios prestados a los usuarios, de acuerdo con los términos contractuales y la administradora asume el pago de dicha prestación. Estos contratos pueden pactarse con pago vencido o anticipado.

4.7.3.1 Pago vencido

Una IPS contrata por evento con una EPS la prestación de servicios de salud para la atención de Plan obligatorio de salud – POS. En el contrato se pacta que las cuotas moderadoras y copagos serán recaudados por la IPS y abonados a la cuenta por cobrar a la EPS.

Se factura la prestación de servicios a un paciente por valor de \$1.000.000 con una cuota moderadora de \$ 5.000. El registro contable es el siguiente:

- Causación del ingreso

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS	\$1.000.000	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta respectiva		\$1.000.000

- Recaudo de la cuota moderadora

De acuerdo con la ley, la cuota moderadora es un ingreso de la EPS, razón por la cual cuando la IPS efectúe el cobro de dicho concepto, debe registrarlo como un recaudo a favor de terceros, mediante el siguiente registro: (El recibo de caja debe expedirse a nombre de la EPS, identificando el nombre del usuario)

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA	\$5.000	
110501	Caja principal		
2905	RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS		
290503	Ventas por cuenta de terceros		\$5.000

- Abono del recaudo de la cuota moderadora a la cuenta por cobrar a la EPS

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2905	RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS	\$5.000	
290503	Ventas por cuenta de terceros		
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		\$5.000

Al final del mes al realizar la cuenta de cobro a la EPS, debe descontarse del valor de la facturación \$1.000.000, el valor recaudado por concepto de copagos y cuotas moderadoras \$5.000, con el fin de que la EPS gire la diferencia, es decir, \$995.000.

- Si dentro del contrato no se pacta que la cuota moderadora sea abonada a la cuenta por cobrar a la EPS, la IPS debe efectuar el giro, mediante el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2905	RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS	\$5.000	
290503	Ventas por cuenta de terceros		
1110	BANCOS Y CORPORACIONES		
1110xx	Subcuenta respectiva		\$5.000

4.7.3.2 Pago anticipado

Cuando como resultado del contrato se recibe el pago anticipadamente, el registro que debe efectuarse, es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA		
110501	Caja principal	XXX	
2910	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO		
291007	Ventas		XXX

En la medida que se presta el servicio, se causa el ingreso, mediante la amortización del diferido

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2910	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO		
291007	Ventas	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312xx	Subcuenta respectiva		XXX

4.7.4 CONTRATOS PARA ATENCIÓN A VINCULADOS

La Dirección Seccional de salud realiza un convenio o contrato para la prestación de servicios de salud con una IPS, por valor de \$100.000.000 mensuales, para la atención a vinculados, distribuidos de la siguiente forma:

- Situado fiscal sin situación de fondos		\$ 10.000.000
Aportes patronales:		
Cesantías	\$5.000.000	
Salud	2.000.000	
Pensión	3.000.000	
- Rentas Cedidas		5.000.000
- Situado fiscal con situación de fondos		85.000.000

- Causación del ingreso

La causación del ingreso debe efectuarse con base en los servicios facturados al paciente vinculado. Suponiendo que la facturación asciende a la suma de \$1.000.000, con una cuota de recuperación de \$50.000, el registro a efectuar es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta	\$950.000	
140913	Cuota de recuperación	50.000	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta respectiva		\$1.000.000

- Recaudo cuota de recuperación

Cuando el vinculado cancela la cuota de recuperación, el registro es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA		
110501	Caja principal	\$50.000	
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140913	Cuota de recuperación		\$50.000

- Conciliación (Trabajadora social)

Asumiendo que de los \$50.000 de cuota de recuperación, el vinculado está en capacidad de pagar \$20.000 y se le condona \$30.000

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA		
110501	Caja principal	\$20.000	
5502	SALUD		
550207	Condonación prestación servicios de salud a vinculados	30.000	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140913	Cuota de recuperación		\$50.000

- Respaldo de la obligación con pagaré o letra de cambio

Cuando el vinculado no está en capacidad de pagar y deja como respaldo una letra de cambio o un pagaré, se efectúa el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
9905	RESPONSABILIDADES CONTINGENTES POR CONTRA (DB)		
990502	Bienes recibidos en garantía	\$50.000	
9110	BIENES RECIBIDOS EN GARANTÍA		
911020	Pagarés, letras de cambio y otros		\$50.000

Al finalizar el mes debe compararse el valor de la facturación con el valor del contrato. Como resultado, pueden presentarse dos situaciones:

- Que el valor facturado supere el valor del contrato.

Asumiendo que el valor facturado fue de \$120.000.000 y el valor del contrato o convenio en el mes de \$100.000.000, debe elaborarse una nota crédito interna, por la diferencia, la cual debe registrarse de la siguiente manera:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5111	GENERALES		
511160	Margen en la contratación de servicios de salud	\$20.000.000	
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta		\$20.000.000

- Que el valor facturado sea inferior al valor del contrato

Si el valor facturado fue de \$90.000.000 y el valor del contrato en el mes de \$100.000.000, debe elaborarse una nota débito interna, por la diferencia, la cual debe registrarse de la siguiente manera:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta	\$10.000.000	
4312	SERVICIOS DE SALUD		

431298	Margen en la contratación de servicios de salud		\$10.000.000
--------	---	--	--------------

- Aplicación del situado fiscal sin situación de fondos

Teniendo en cuenta que con el situado fiscal sin situación de fondos se pagan los aportes patronales por concepto de cesantías, salud y pensiones, previamente, con el registro de la nómina debe efectuarse la causación de dichos aportes.

Es importante aclarar que la entidad debe reconocer las demás prestaciones a que haya lugar, de acuerdo con las disposiciones legales y no solamente las que se cubren con recursos del situado fiscal.

- Asumiendo que el gasto y costo incurridos por concepto de aportes patronales es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5101	SUELDOS Y SALARIOS		
510424	Cesantías	\$1.500.000	
5103	CONTRIBUCIONES EFECTIVAS		
510303	Cotizaciones a seguridad social en salud	800.000	
510306	Cotizaciones a entidades administradoras del régimen de prima media	1.200.000	
7320	HOSPITALIZACIÓN – ESTANCIA GENERAL		
732003	Sueldos y salarios	3.500.000	
732005	Contribuciones efectivas	3.000.000	
2505	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES		
250502	Cesantías		\$5.000.000
2425	ACREEDORES		
242518	Aportes a fondos pensionales		3.000.000
242519	Aportes a seguridad social en salud		2.000.000

- En el momento en que se gire el situado fiscal sin situación de fondos, para el pago de aportes patronales a las administradoras de cesantías, pensiones y salud, asumiendo que el situado fiscal sin situación de fondos es igual al pasivo causado por concepto de aportes patronales:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2505	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES		
250502	Cesantías	\$5.000.000	
2425	ACREEDORES		
242518	Aportes a fondos pensionales	3.000.000	
242519	Aportes a seguridad social en salud	2.000.000	
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta		\$10.000.000

- Si el valor del situado fiscal sin situación de fondos es superior a los aportes patronales causados por parte de la IPS

Suponiendo que el situado fiscal sin situación de fondos asciende a la suma de \$12.000.000 y en el entendido que la administradora no devuelve los aportes sino que los acumula para compensarlos posteriormente, esta diferencia constituye para la IPS un gasto pagado por anticipado. (De la diferencia se asume que \$1.000.000 corresponde a cesantías y \$1.000.000 a salud y pensiones)

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2505	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES		
250502	Cesantías	\$5.000.000	
2425	ACREEDORES		
242518	Aportes a fondos pensionales	3.000.000	
242519	Aportes a seguridad social en salud	2.000.000	
1905	GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO		
190511	Sueldos y salarios	1.000.000	
190512	Contribuciones efectivas	1.000.000	
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta		\$12.000.000

- Aplicación del Gasto pagado por anticipado

Cuando el situado fiscal sin situación de fondos no alcanza a cubrir el pasivo por concepto de aportes patronales y se tiene constituido un Gasto pagado por anticipado, el registro que debe

efectuarse es el siguiente: Asumiendo que el situado fiscal sin situación de fondos es por valor de \$9.000.000.

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2505	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES		
250502	Cesantías	\$5.000.000	
2425	ACREEDORES		
242518	Aportes a fondos pensionales	3.000.000	
242519	Aportes a seguridad social en salud	2.000.000	
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta		\$9.000.000
1905	GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO		
190511	Sueldos y salarios		500.000
190512	Contribuciones efectivas		500.000

- Cuando los recursos del situado fiscal sin situación de fondos y el gasto pagado por anticipado no alcanzan a cubrir el pasivo por concepto de aportes patronales, la entidad debe asumir esta diferencia, con sus propios recursos, mediante el siguiente registro:

Asumiendo que el situado fiscal sin situación de fondos asciende a la suma de \$8.000.000 y como saldo de los Gastos pagados por anticipado se tiene \$1.000.000

Código	Cuenta	Débito	Crédito
2505	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES		
250502	Cesantías	\$5.000.000	
2425	ACREEDORES		
242518	Aportes a fondos pensionales	3.000.000	
242519	Aportes a seguridad social en salud	2.000.000	
1110	BANCOS Y CORPORACIONES		
111005	Cuenta corriente bancaria		\$1.000.000
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta		98.000.000
1905	GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO		
190511	Sueldos y salarios		500.000
190512	Contribuciones efectivas		500.000

--	--	--	--

- Giro del situado fiscal con situación de fondos y de las rentas cedidas

Este registro se efectúa en el momento que se reciban los recursos por cada uno de los conceptos.

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1110	BANCOS Y CORPORACIONES	\$90.000.000	
1110XX	Subcuenta respectiva		
1409	SERVICIOS DE SALUD		
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta		\$90.000.000

5. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y CONTABLE DE LAS GLOSAS

5.1. DEFINICIÓN

Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS.

Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido. Entre las glosas más comunes se encuentran:

- Documentos sin diligenciar o mal diligenciados
- Documentos enmendados
- Inconsistencias en los soportes anexos
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cédula, carné
- Falta de información estadística
- Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- Falta de la relación de pacientes

- Falta de documentos
- Prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato
- Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.
- Documentos sin firma del paciente.

Las cuentas de cobro pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa. Totalmente, si involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la entidad contratante en la obligación de aceptar y reconocer el pago de los servicios no glosados.

5. 2. PRESENTACIÓN DE GLOSAS

Para un adecuado manejo y gestión de las glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente.

La comunicación de la glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, servicio glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

5.3. TRÁMITE

5.3.1 Recepción de glosas

La IPS debe establecer el procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento.

Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre y firma, así como la fecha y hora de recibo.

El proceso de recepción de glosas se termina con su registro en un instrumento que debe ser diseñado para tal fin y que puede ser complementario o, el mismo registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas, al cual se le han adicionado las casillas pertinentes.

5.3.2 Distribución de las glosas

Una vez recibidas y registradas las glosas, se procede a hacer un análisis para verificar las causas, con el fin de determinar a qué áreas, unidades o funcionarios deben remitirse para su solución, o si por el contrario, pueden resolverse en la misma unidad receptora de glosas que se recomienda, sea la de cartera.

La distribución o remisión de la documentación aportada en la glosa, debe realizarse de manera inmediata, para que los diferentes responsables, cuenten con el tiempo necesario para el análisis y la realización del trámite requerido, garantizando el oportuno recaudo de la cartera.

Simultáneamente deben reportarse a contabilidad para que se efectúe el correspondiente registro.

- Registro contable de la presentación de la glosa

Las glosas deben registrarse en cuentas de orden deudoras de control, en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no, subsanables.

Asumiendo que la factura glosada es en cumplimiento de un contrato de prestación de servicios con una EPS, para la atención del Plan obligatorio de salud – POS, el registro que debe efectuarse, es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
8333	FACTURAS GLOSADAS EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
833301	Plan obligatorio de salud POS – EPS	XXX	
8915	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)		
891522	Facturas glosadas en la venta de servicios de salud		XXX

* El registro debe efectuarse por el valor de la factura, si la glosa es total o por el valor de los servicios glosados, si la glosa es parcial.

5.3.3 Evaluación de las glosas

Los funcionarios designados para analizar y hacer el trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente.

- Glosa pertinente: Corresponde a aquella que es adecuadamente justificada por la entidad contratante. En este evento se procede a verificar si la causa de la glosa es o no subsanable.

- Subsanable: Se enmienda completando la documentación o información requerida, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.
- No subsanable: Se procede a informar a la entidad contratante, su aceptación.
- Glosa no pertinente: Corresponde a aquélla que no se encuentra adecuadamente justificada. En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo.

Las correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a la entidad contratante, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la institución.

Es importante y recomendable llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo, ya que puede permitir identificar: la calidad o deficiencia, en algunos de los productos del área asistencial y de las unidades de facturación y cartera; fallas en los procesos técnico administrativos y técnico científicos que pueden ser susceptibles de mejoramiento; funcionarios, procesos y áreas críticas para la gestión de la empresa.

- Registro contable de las glosas no pertinentes y subsanables

Cuando la entidad contratante acepta la respuesta de rechazo de la glosa por no ser pertinente o, siendo pertinente, la IPS da respuesta oportuna a las objeciones u observaciones:

- Reversión cuenta de orden

Código	Cuenta	Débito	Crédito
8915	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)		
891522	Facturas glosadas en la venta de servicios de salud	XXX	
8333	FACTURAS GLOSADAS EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
833301	Plan obligatorio de salud POS– EPS		XXX

En el momento en que se da el pago de los servicios prestados:

- Recaudo

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA		
110501	Caja principal	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Omisión en la facturación de servicios

Cuando la institución omite facturar servicios prestados que se encuentren dentro de lo establecido en el contrato, debe proceder a hacer el reconocimiento y cobro correspondientes.

Por tratarse de un reconocimiento, el registro afecta el ingreso por la prestación de servicios de salud, independientemente del período contable en que se haya presentado la omisión.

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta que corresponda		XXX

- Reversión cuenta de orden

Este registro debe efectuarse por el valor de la glosa inicialmente constituida

Código	Cuenta	Débito	Crédito
8915	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)		
891522	Facturas glosadas en la venta de servicios de salud	XXX	
8333	FACTURAS GLOSADAS EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
833301	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas

Cuando la institución comete errores en la liquidación de su facturación, debe proceder a hacer las reliquidaciones y ajustes contables a que haya lugar, afectando las cuentas de deudores e ingresos, por mayores o menores valores, según corresponda.

• Tratándose de menores valores liquidados

Código	Cuenta	Débito	Crédito
--------	--------	--------	---------

1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS	XXX	
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta que corresponda		XXX

- Tratándose de mayores valores liquidados

Si la operación se da dentro del mismo ejercicio

Código	Cuenta	Débito	Crédito
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta que corresponda	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

Si la operación corresponde al ejercicio anterior

Código	Cuenta	Débito	Crédito
4815	AJUSTE DE EJERCICIOS ANTERIORES		
481519	Servicio de salud	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Reversión cuenta de orden

Este registro debe efectuarse por el valor de la glosa inicialmente constituida

Código	Cuenta	Débito	Crédito
8915	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)		
891522	Facturas glosadas en la venta de servicios de salud	XXX	
8333	FACTURAS GLOSADAS EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
833301	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Facturación de servicios no prestados

En el caso que la institución facture servicios que no han sido prestados, debe proceder a revertir la causación.

Si la operación se da dentro del mismo ejercicio

Código	Cuenta	Débito	Crédito
4312	SERVICIOS DE SALUD		
4312XX	Subcuenta que corresponda	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

Si la operación corresponde al ejercicio anterior

Código	Cuenta	Débito	Crédito
4815	AJUSTE DE EJERCICIOS ANTERIORES		
481519	Servicio de salud	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Reversión cuenta de orden

Este registro debe efectuarse por el valor de la glosa inicialmente constituida

Código	Cuenta	Débito	Crédito
8915	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)		
891522	Facturas glosadas en la venta de servicios de salud	XXX	
8333	FACTURAS GLOSADAS EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
833301	Plan obligatorio de salud POS– EPS		XXX

- Registro contable de las glosas no subsanables

- Facturación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato

Cuando la institución presta servicios por encima de los pactados contractualmente y es claro que la entidad contratante no va a responder, debe establecer la responsabilidad de quienes participaron en el proceso de facturación, con base en las investigaciones que se adelanten para tal efecto. Cuando se inicia el proceso de investigación deben efectuarse los siguientes registros:

- Constitución de la responsabilidad

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1950	RESPONSABILIDADES		
195003	Responsabilidades en proceso – Internas	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Reversión de la cuenta de orden

Este registro debe efectuarse por el valor de la glosa inicialmente constituida

Código	Cuenta	Débito	Crédito
8915	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)		
891522	Facturas glosadas en la venta de servicios de salud	XXX	
8333	FACTURAS GLOSADAS EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
833301	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Constitución de la provisión

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5309	PROVISIÓN PARA RESPONSABILIDADES		
530902	Responsabilidades en proceso – Internas	XXX	
1955	PROVISIÓN PARA RESPONSABILIDADES (CR)		
195503	Responsabilidades en proceso – Internas		XXX

- Conciliación

Cuando la entidad obtiene el reconocimiento y aceptación por parte del funcionario responsable, éste debe constituir una libranza a favor de la institución, previo cumplimiento de los requisitos legales. La conciliación por sí misma no genera registro contable.

- Pago o abono por parte del funcionario

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1105	CAJA		
110501	Caja principal	XXX	

1950	RESPONSABILIDADES		
195003	Responsabilidades en proceso – Internas		XXX

- Recuperación

Si la recuperación se da dentro del mismo ejercicio en el cual se constituyó la provisión

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1955	PROVISIÓN PARA RESPONSABILIDADES (CR)		
195503	Responsabilidades en proceso – Internas	XXX	
5309	PROVISIÓN PARA RESPONSABILIDADES		
530902	Responsabilidades en proceso – Internas		XXX

Si la recuperación corresponde a provisiones constituidas en ejercicios anteriores

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1955	PROVISIÓN PARA RESPONSABILIDADES (CR)		
195503	Responsabilidades en proceso – Internas	XXX	
4810	EXTRAORDINARIOS		
481008	Recuperaciones		XXX

- Castigo

Cuando como resultado de la investigación se exime al funcionario de la responsabilidad, se procede al castigo, con base en el acto administrativo correspondiente.

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1955	PROVISIÓN PARA RESPONSABILIDADES (CR)		
195503	Responsabilidades en proceso – Internas	XXX	
1950	RESPONSABILIDADES		
195003	Responsabilidades en proceso – Internas		XXX

El procedimiento anteriormente descrito, aplica cuando la causa de la glosa es la falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos. En este caso debe establecerse la

responsabilidad de quienes participaron, con base en las investigaciones que se adelanten para tal efecto.

5.4. RESPUESTA DE GLOSAS

Todas las glosas presentadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables.

La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencia una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución.

En la respuesta debe relacionarse, las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

La IPS debe responder las glosas dentro de los términos pactados en el contrato de prestación de servicios; cuando no exista especificación alguna al respecto, debe aplicarse lo establecido en las normas existentes.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de las respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

Una vez presentada la respuesta a las glosas, es necesario registrar el monto de aquellas que han sido aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro, con el fin de establecer el valor final de las mismas descontadas las glosas, e informar a contabilidad sobre las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados, adjuntando la nota débito o crédito correspondiente para su contabilización.

5.5. REITERACION DE LAS GLOSAS.

Cuando la entidad contratante, reitera las objeciones presentadas a la cuenta de cobro y no es posible establecer responsabilidades, debe recurrirse a lo establecido en las cláusulas contractuales para la solución de conflictos. Igualmente, puede solicitarse concepto a alguna de las instancias de Dirección y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los registros contables a efectuar, son los siguientes:

- Reclasificación a difícil recaudo

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1475	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO		
147511	Servicios de salud	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

- Constitución de provisiones

La provisión se establece mediante una estimación técnica del riesgo de incobrabilidad.

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5304	PROVISIÓN PARA DEUDORES		
530407	Servicios de salud	XXX	
1480	PROVISIÓN PARA DEUDORES (CR)		
148014	Servicios de salud		XXX

- Castigo

Para proceder al castigo debe contarse con el acto administrativo que lo autorice, previa constitución de provisiones del 100%

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1480	PROVISIÓN PARA DEUDORES (CR)		
148014	Servicios de salud	XXX	
1409	SERVICIO DE SALUD		
140901	Plan obligatorio de salud POS – EPS		XXX

6. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO CONTABLE DE LOS COSTOS DE PRODUCCIÓN

6.1. TRATAMIENTO CONTABLE

Durante el mes la institución prestadora de servicios de salud – IPS, incurrió en los siguientes costos y gastos: (El término “costos” hace referencia a los centros productivos y el de “gastos” a los centros administrativos).

Costos y gastos que pueden asignarse de manera directa

CENTRO DE COSTO	SUELDOS Y SALARIOS	SUMINISTROS (Materiales)	GASTOS GENERALES
CONSULTA EXTERNA	\$200.000	\$15.000	\$3.500
LABORATORIO	150.000	45.000	0
ADMINISTRACIÓN *	120.000	7.000	1.500
SERVICIOS* GENERALES	90.000	8.500	2.000

* Estos centros de costos se consideran administrativos. Todos los conceptos que en ellos se incurra, se consideran gastos.

- Costos y gastos generales por \$18.000 que para su asignación requieren la utilización de una base de distribución, la cual se ha definido de la siguiente manera:

CENTRO DE COSTO	% Distribución
CONSULTA EXTERNA	31
LABORATORIO	23
ADMINISTRACIÓN	26
SERVICIOS GENERALES	20

- La distribución secundaria, es decir, la distribución de los gastos a los costos de producción, se efectuó teniendo en cuenta las siguientes bases:

CENTRO DE COSTO	% Distribución
CONSULTA EXTERNA	53
LABORATORIO	47

Con base en la anterior información, la institución debe efectuar los siguientes registros:

6.1.1 Causación de los costos y gastos que pueden asignarse de manera directa

Código	Cuenta	Débito	Crédito
7310	SERVICIOS AMBULATORIOS CONSULTA EXTERNA PROCEDIMIENTOS	- Y	
731001	Materiales	\$15.000	
731002	Generales	3.500	
731003	Sueldos y salarios	200.000	

7340	APOYO DIAGNÓSTICO LABORATORIO CLÍNICO		
734001	Materiales	45.000	
734002	Generales	0	
734003	Sueldos y salarios	150.000	
5101	SUELDOS Y SALARIOS		
5101XX	Subcuenta que corresponda	210.000	
5111	GENERALES		
511114	Materiales y suministros	15.500	
5111XX	Subcuenta que corresponda	3.500	
1518	MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
1518XX	Subcuenta que corresponda		\$60.000
1910	CARGOS DIFERIDOS		
191001	Materiales y suministros		15.500
2401	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES		
240101	Bienes y servicios		7.000
2505	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES		
2505XX	Subcuenta que corresponda		560.000

6.1.2 Causación de conceptos que no pueden identificarse directamente con un centro productivo o administrativo

En este caso, la entidad puede utilizar, de manera temporal, la cuenta 5897 – Costos y gastos por distribuir, entre tanto se establece la porción que debe asumir cada centro. Esta distribución debe efectuarse como mínimo al finalizar el mes, razón por la cual en este momento, el saldo de esa cuenta debe ser igual a cero. El registro que debe efectuarse es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5897	COSTOS Y GASTOS POR DISTRIBUIR		
589704	Servicios de salud	\$18.000	
2401	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES		
240101	Bienes y servicios		\$12.000
2425	ACREEDORES		
2425XX	Subcuenta que corresponda		6.000

6.1.3 Asignación de costos y gastos de acuerdo con las bases de distribución definidas:

CENTRO DE COSTO	% Distribución	Valor
CONSULTA EXTERNA	31	\$5.580
LABORATORIO	23	4.140
ADMINISTRACIÓN	26	4.680
SERVICIOS GENERALES	20	3.600

6.1.4 Registro de los costos indirectos luego de la distribución

Código	Cuenta	Débito	Crédito
7310	SERVICIOS AMBULATORIOS – CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS		
731002	Generales	\$5.580	
7340	APOYO DIAGNÓSTICO – LABORATORIO CLÍNICO		
734002	Generales	4.140	
5111	GENERALES		
5111XX	Subcuenta que corresponda	8.280	
5897	COSTOS Y GASTOS POR DISTRIBUIR		
589704	Servicios de salud		\$18.000

6.1.5 Total de costos asignados a cada centro productivo

- Consulta externa y procedimientos**

Concepto	Directos	Indirectos	Total
Materiales	\$ 15.000		\$ 15.000
Generales	3.500	\$5.580	9.080
Sueldos y salarios	200.000		200.000
Valor a trasladar			\$224.080

- Laboratorio clínico**

Concepto	Directos	Indirectos	Total
Materiales	\$ 45.000		\$ 45.000

Generales	0	\$4.140	4.140
Sueldos y salarios	150.000		150.000
Valor a trasladar			\$199.140

6.1.6 Traslado del costo de producción al costo de ventas de servicios de salud

Para efectuar este traslado, previamente deben haberse distribuidos los costos indirectos.

Con el fin de mantener el detalle en la Clase 7 – Costos de producción, el mecanismo definido para hacer el traslado a la Clase 6 – Costo de ventas, es a través de una subcuenta de naturaleza crédito, habilitada en cada una de las cuentas. El registro que debe efectuarse es el siguiente:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
6310	SERVICIOS DE SALUD		
631015	Servicios ambulatorios – Consulta externa y procedimientos	\$224.080	
631040	Apoyo diagnóstico – Laboratorio clínico		
7310	SERVICIOS AMBULATORIOS – CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS	199.140	
731095	Traslado de costos (CR)		\$224.080
7340	APOYO DIAGNÓSTICO – LABORATORIO CLÍNICO		
734095	Traslado de costos (CR)		199.140

6.1.7 Total de gastos asignados a los centros administrativos

Concepto	Directos	Indirectos	Total
Generales	\$ 19.000	\$ 8.280	\$ 27.280
Sueldos y salarios	210.000		210.000
Valor a distribuir			\$237.280

6.1.8 Distribución secundaria

La distribución secundaria, se efectuó teniendo en cuenta las siguientes bases

CENTRO DE COSTO	% Distribución	Valor
-----------------	----------------	-------

CONSULTA EXTERNA	53	\$125.758
LABORATORIO	47	111.522

6.1.9 Registro contable de la distribución secundaria

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5899	GASTOS ASIGNADOS A COSTOS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS		
589904	Servicios de salud		
589904XX	Servicios ambulatorios – Consulta externa y procedimientos	\$125.758	
589904XX	Apoyo diagnóstico – Laboratorio clínico	111.522	
5899	GASTOS ASIGNADOS A COSTOS DE PRODUCCIÓN Y/O SERVICIOS		
589998	Gastos asignados (CR)		\$237.280

6.1.10 Cierre del período contable

Al finalizar el período contable, el cierre de la clase 7 – Costos de producción se hace internamente a nivel de cuenta, es decir, acreditando las subcuentas de acumulación de costos y debitando la subcuenta de traslado de costos, mediante el siguiente registro:

Código	Cuenta	Débito	Crédito
7310	SERVICIOS AMBULATORIOS – CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS		
731095	Traslado de costos (CR)	\$224.080	
731001	Materiales		\$ 15.000
731002	Generales		9.080
731003	Sueldos y salarios		200.000
7340	APOYO DIAGNÓSTICO – LABORATORIO CLÍNICO		
734095	Traslado de costos (CR)	199.140	

734001	Materiales		45.000
734002	Generales		4.140
734003	Sueldos y salarios		150.000

7. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL TRASPASO DE BIENES Y DONACIONES

7.1. TRATAMIENTO CONTABLE

7.1.1. TRASPASO DE BIENES

El traspaso de bienes entre entidades públicas, sin ninguna contraprestación y en cumplimiento de disposiciones legales, mediante el cual se transfiere el dominio y la propiedad de los mismos, se registra como una operación interinstitucional.

- Asumiendo que se trata de un equipo de cómputo
- Entidad que transfiere el bien

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5725	OPERACIONES DE TRASPASO DE BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES		
572501	Bienes transferidos	XXX	
1685	DEPRECIACIÓN ACUMULADA (CR)		
168507	Equipos de comunicación y computación	XXX	
168599	Ajustes por inflación	XXX	
3250 *	AJUSTES POR INFLACIÓN		
325006	Propiedades planta y equipo	XXX	
325010	Depreciación acumulada (DB)		XXX
1670	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN		
167002	Equipo de computación		XXX
167099	Ajuste por inflación		XXX

* Esta reversión se efectúa cuando la entidad aplica el sistema de ajustes parciales

Adicionalmente, si el bien transferido tiene constituidas valorizaciones o provisiones, deben cancelarse estos valores.

- Entidad que recibe el bien

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1670	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN		
167002	Equipo de computación	XXX	
4725	OPERACIONES DE TRASPASO DE BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES		
472501	Bienes transferidos		XXX

Es indispensable que la entidad que recibe los bienes lleve un registro individual de los mismos, de tal suerte que se facilite, la constitución de depreciaciones, provisiones, ajustes por inflación y valorizaciones, para cada uno de los bienes.

- Asumiendo que se trata de unos medicamentos que se consumen de manera inmediata en la prestación de los servicios.

- Entidad que transfiere el bien

Código	Cuenta	Débito	Crédito
5725	OPERACIONES DE TRASPASO DE BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES		
572501	Bienes transferidos	XXX	
1518	MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
151801	Medicamentos		XXX

- Entidad que recibe los bienes

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1518	MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
151801	Medicamentos	XXX	
4725	OPERACIONES DE TRASPASO DE BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES		
472501	Bienes transferidos		XXX

Traslado al costo

Código	Cuenta	Débito	Crédito
73XX	CENTRO DE COSTO		
73XX01	Materiales	XXX	
1518	MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
151801	Medicamentos		XXX

7.1.2. DONACIONES

El concepto de donaciones se aplicará únicamente para el registro de operaciones realizadas con terceros, en el marco de las disposiciones legales aplicables. La donación se tipifica con el traspaso físico de los bienes y con la transferencia de dominio (registro de la escritura en la oficina de instrumentos públicos, en el caso de los inmuebles), sin contraprestación alguna.

Para el registro de las donaciones debe tenerse en cuenta si los bienes recibidos de terceros, tienen como característica su permanencia relativa o si por el contrario, son bienes que se extinguen en el tiempo.

7.1.2.1. Bienes de permanencia relativa

Tratándose de bienes de permanencia relativa que van a ser utilizados por el ente público en el desarrollo de sus actividades propias, como es el caso de las Propiedades, planta y equipo, su reconocimiento debe efectuarse de la siguiente manera:

- Entidad publica que recibe el bien

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1670	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN		
167002	Equipo de computación	XXX	
3235	SUPERÁVIT POR DONACIÓN		
323502	En especie		XXX

Es indispensable que la entidad que recibe los bienes lleve un registro individual de los mismos, de tal suerte que se facilite, la constitución de depreciaciones, provisiones, ajustes por inflación y valorizaciones, para cada uno de los bienes.

7.1.2.2. Bienes extinguiibles

Tratándose de elementos que van a ser consumidos durante el período contable, en el desarrollo de actividades propias del ente público como es el caso de los medicamentos y demás materiales para la prestación de los servicios de salud, deben reconocerse como un ingreso extraordinario.

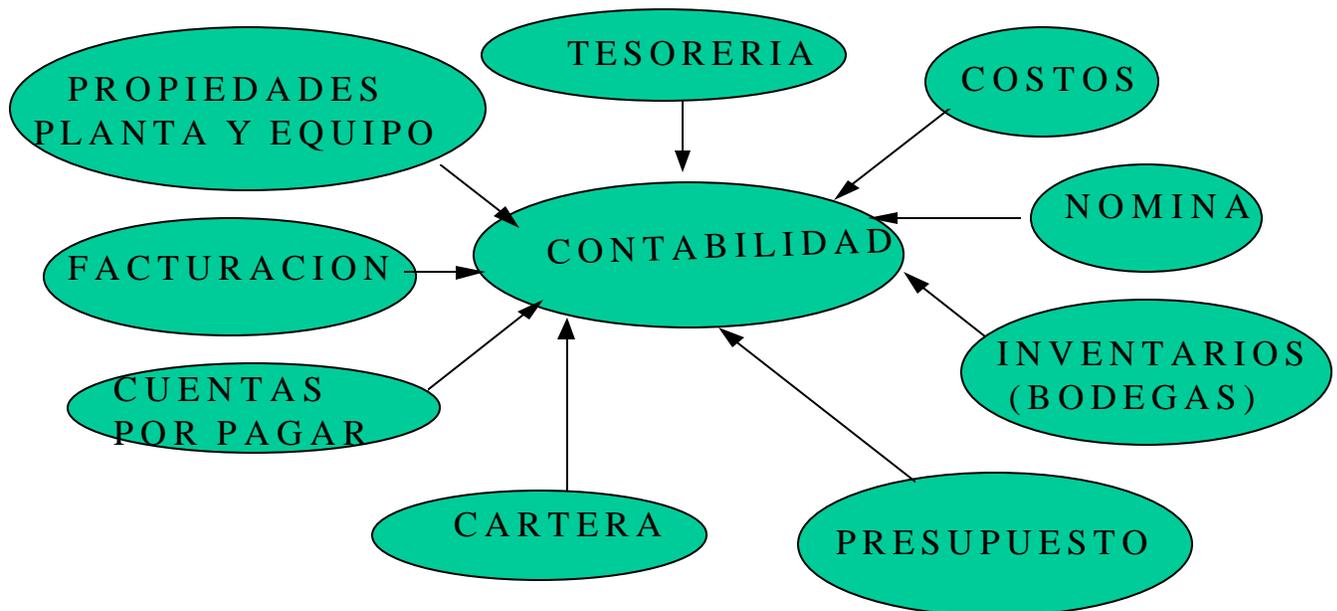
- Entidad que recibe los bienes

Código	Cuenta	Débito	Crédito
1518	MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
151801	Medicamentos	XXX	
4810	EXTRAORDINARIOS		
481002	Donaciones		XXX

8. PROCEDIMIENTO PARA LOS SOPORTES CONTABLES DE LA INFORMACION DE LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS O AREAS DE LA INSTITUCION HACIA CONTABILIDAD

El sistema contable es el conjunto de operaciones de las diferentes áreas que soportan, a través de documentos que posean los atributos necesarios, los registros contables.

SISTEMA CONTABLE



8.1. CONTABILIDAD

El Area de Contabilidad es el principal centro de recopilación de la información que generan las diferentes áreas de la Institución Prestadora de Servicios de Salud con el objetivo de clasificar, resumir y producir una información financiera que revele la situación financiera del ente público y sirva a las Directivas como herramienta para la toma de decisiones, la Institución Prestadora de Servicios de Salud

Le corresponde a este departamento la generación de estados financieros que deben ser aprobados por el ordenador del gasto y cuya información se organiza para el uso externo de quienes proveen los fondos y para la gestión interna, de acuerdo con las normas legales vigentes.

La periodicidad con que debe ser enviada la información de todas las áreas hacia contabilidad depende del volumen de operaciones de cada entidad pero el ideal es que sea a diario, de manera que en cualquier momento se pueda conocer la situación de la entidad y se constituya en una información oportuna para los diferentes propósitos.

8.2. TESORERIA

Corresponde a esta área el manejo de los recursos financieros de la Institución, a través de los recaudos, por las diferentes cajas, de los ingresos que se generan por venta de servicios, el manejo de los bancos (consignaciones, pagos a empleados o acreedores, entre otros) y por tanto el suministrar de información sobre la liquidez de la organización.

Esta área debe enviar hacia contabilidad, como mínimo, los siguientes documentos con sus respectivos atributos:

- Recibos de caja
- Reembolso de Caja menor
- Consignaciones
- Créditos Bancarios
- Débitos Bancarios
- Comprobantes de Egreso (O.P.)
- Relación de aportes recibidos
- Movimiento diario de caja

8.3. FACTURACIÓN

El área de Facturación esta relacionado con el proceso de admisiones; su objetivo básico es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la Institución hasta el egreso de la misma, al tiempo que realizar un registro de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente en el Hospital, para finalmente producir un Documento equivalente de venta o factura de venta de servicios.

Esta área debe enviar hacia contabilidad, como mínimo, los siguientes documentos con sus respectivos atributos.

- Factura o documento equivalente de venta por prestación de servicios
- Nota Débito Cliente

- Nota Crédito Cliente

8.4. PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO – ACTIVOS FIJOS.

Le corresponde a esta área y en particular al responsable del manejo de la propiedad planta y equipo de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud remitir la información acerca de las entregas de bienes al servicio y de las nuevas adquisiciones por Unidades Funcionales y Centros de costos, si no se tiene un responsable de propiedad planta y equipo lo debe realizar el almacenista.

Los soportes de esta área son:

- Actas de baja
- Entrada de Almacén
- Traslados de un servicio a otro

8.5. CUENTAS POR PAGAR

Le corresponde a esta área elaborar las ordenes de pago de las cuentas por pagar, así como llevar el control de los estados de cuenta de cada uno de los diferentes acreedores.

Esta área debe enviar hacia contabilidad para su causación, como mínimo, los siguientes documentos:

- Facturas de proveedores:
- Ordenes de compra
- Cuentas por pagar a contratistas
- Notas Débito Proveedor:
- Notas Crédito Proveedor

8.6. PERSONAL

Le corresponde al área de personal remitir a contabilidad como mínimo los siguientes documentos discriminados por unidades funcionales administrativas, unidades funcionales operativas y por centros de costos.

- Ordenes de Servicio
- Ordenes de Trabajo
- Nómina
- Relación mensual de provisiones de prestaciones sociales

- Relación mensual de provisiones y pagos por aportes patronales
- Liquidación anual de cesantías consolidadas
- Liquidación de pagos a los fondos de pensiones y salud

8.7. INVENTARIOS

El área de inventarios debe enviar a contabilidad la información sobre las entregas a la Unidades Funcionales y Centros de los bienes y elementos a su cargo, así:

8.7.1. Bodega de almacén

El funcionario responsable de esta bodega deberá remitir a diario a contabilidad como mínimo los siguientes documentos por Unidades Funcionales y Centros de costos.

- Salidas de Almacén
- Entradas de Almacén
- Devoluciones
- Préstamos
- Remisiones

8.7.2. Farmacia

El funcionario responsable de esta bodega deberá remitir a contabilidad a diario como mínimo los siguientes documentos por Unidades Funcionales y Centros de costos.

- Salida de Farmacia
- Entradas de Farmacia
- Devoluciones
- Préstamos
- Remisiones

8.7.3. Economato

El funcionario responsable de esta área deberá enviar a contabilidad a diario como mínimo los siguientes documentos por unidades funcionales y centros de costos.

- Salida de Economato
- Entradas de Economato
- Devoluciones
- Préstamos
- Remisiones

8.8. PRESUPUESTO

Esta área tiene como función principal planear y estimar todas las entradas y salidas de efectivo, es decir ingresos y gastos, para un periodo determinado; así como su asignación a cada dependencia de acuerdo con análisis, estadísticas y cálculos previamente realizados. Igualmente le corresponde la ejecución del presupuesto.

El movimiento de ingresos y egresos de la Institución, debe enviarlos a contabilidad una vez al mes a través de los siguientes documentos:

- **Presupuesto de Ingresos:**
 - Ingresos discriminados
 - Código contable (clase 0)
 - Concepto
 - Adiciones Presupuestales
 - Traslados presupuestales
- **Presupuesto de Gastos**
 - Egresos discriminados
 - Código contable (clase 0)
 - Concepto
 - Adiciones Presupuestales

- Traslados presupuestales

8.9. COSTOS

Esta área esta soportada con la Ley 100 de 1993 que obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a llevar una contabilidad de costos, así como la Resolución 400 de diciembre 01/00 de la Contaduría General de la Nación.

Para efecto de la definición de los centros de costos a manejar en cada institución se debe expedir una resolución por parte de la gerencia.

Se debe obtener el estudio de costos a través de una metodología de reconocimiento valor técnico

El funcionario encargado de este proceso debe realizar una vez al mes, con contabilidad, una conciliación del resultado del estudio de costos del mes respectivo; en el entendido de que se trabaja simultáneamente y por tanto corresponden al mismo periodo, informe final de costos.

8.10. CARTERA

A esta área le corresponde propender por que los recursos facturados ingresen a la Institución, a través de tres procesos fundamentales, la consolidación y envío de cuentas de cobro, la gestión de cobro y el ingreso de los recursos de venta de servicios.

De igual forma la Unidad de cartera debe llevar un control de la ejecución de los contratos y de los estados de cartera.

El proceso de gestión de cartera se convierte en un componente fundamental del proceso administrativo de la Institución, ya que es quien propende y garantiza la liquidez de la empresa.

El funcionario encargado del área de cartera deberá llevar los siguientes listados con el fin de que al cierre de cada mes contable se efectúe un cruce con el área contabilidad.

- Ficha de cliente
- Informe de cartera por edades
- Rotación de cartera.

8.11. CONCILIACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES AREAS

Las siguientes áreas deben realizar al finalizar el mes, conciliación con contabilidad con el fin de que las cifras registradas contablemente sean las mismas que se tienen en cada área.

Tesorería: el saldo en el libro de bancos se debe conciliar con el saldo de contabilidad.

Cuentas por pagar: El listado de las cuentas por pagar se debe conciliar con los saldos del área de inventarios (almacén, farmacia y economato) y los saldos de contabilidad.

Cartera: Los saldos del área de cartera deben cruzarse con los de contabilidad.

Kardex de Bodegas: Las bodegas deben conciliar los saldos que figuran en el kardex con los saldos que arroja la contabilidad.

Propiedad Planta y equipo. El saldo en del área de propiedades, planta y equipo debe conciliarse con los saldos contables.

Presupuesto: los saldos que arroja presupuesto deben cruzarse con los de contabilidad.

Costos: se debe realizar la conciliación del informe final de la hoja de costos y contabilidad.

9. VIGENCIA

La presente Circular Externa será de obligatorio cumplimiento a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial

ÉDGAR FERNANDO NIETO SÁNCHEZ
Contador General de la Nación