

## **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**

### **PROCESO GENERAL DE FACTURACIÓN Y PAGO DE FACTURAS POR EVENTO**

#### **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

A continuación se presenta el proceso general de facturación y pago para Instituciones Prestadoras de Servicios de salud correspondientes a los servicios prestados, facturados y radicados en Colmédica Medicina Prepagada, así como el procedimiento a seguir en caso de existir glosas.

#### **1. DEFINICIÓN FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE:**

Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

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

- a. Estar denominada expresamente como factura de venta.
- b. Razón social y número de identificación tributaria (NIT) del vendedor o de quien presta el servicio.
- c. Razón social y NIT del adquirente de los servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
- d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.

- e. Fecha de expedición de la factura.
- f. Descripción específica o genérica de los servicios prestados.
- g. Valor total de la operación.

Nota: valores en números.

- h. Nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
- i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.

Las condiciones a, b, d y h, deben estar previamente preimpresas a través de medios litográficos, tipográficos o de técnicas industriales de carácter similar. Cuando el contribuyente utilice un sistema de facturación por computador o máquinas registradoras, con la impresión efectuada por tales medios se entienden cumplidos los requisitos de impresión previa. El sistema de facturación deberá numerar en forma consecutiva las facturas y se deberán proveer los medios necesarios para su verificación y auditoría.

Adicionalmente, solicitamos tener en cuenta las siguientes recomendaciones para la presentación de la factura:

- Incluir teléfono, dirección de la Institución y ciudad de emisión de la factura.
- Dirigir la factura a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA NIT 800.106.339-1.
- La factura deberá registrar el valor pleno de los servicios, el valor recaudado por conceptos de UPD, el valor neto a pagar y excedentes pagados por el usuario.
- Relacionar el valor en letras, el cual debe corresponder al valor total en números.

- No debe llevar ningún tipo de enmendaduras, correcciones y/o tachaduras.
- Debe contarse con la firma y sello del encargado de la facturación de la Institución.
- Las facturas de servicios de urgencias y hospitalización deberán registrar la firma del auditor médico de Colmédica Medicina Prepagada, en los casos en que se cuente con este y se encuentren convenidos.
- La factura debe definir si está exento o no de retención en la fuente (RTF) y del impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros (ICA) e IVA.

Nota: las facturas que no cumplan en su totalidad con los requisitos mínimos **serán devueltas** al Prestador.

## **2. SOPORTES DE LAS FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO:**

### **2.1. DEFINICIONES GENERALES:**

- **Factura o documento equivalente:** es el documento que representa el soporte legal de cobro de LA INSTITUCIÓN a LA ENTIDAD, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.
- **Detalle de cargos:** es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumido(s) en la factura, debidamente valorizado(s). Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención.
- **Autorización:** corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud emitido por LA ENTIDAD a LA INSTITUCIÓN.

- **Resumen de atención o epicrisis:** resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.
- **Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico:** reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994; sin embargo, deberán ser comentados en la historia clínica o epicrisis, cuando aplique.
- **Descripción quirúrgica:** corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.
- **Registro de anestesia:** corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.
- **Comprobante de recibido del usuario:** corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del afiliado, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando esta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en la planilla que el prestador disponga, el cual contemplará los datos mínimos

para captura y validación de detalles.

- **Hoja de traslado:** resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
- **Orden y/o fórmula médica:** documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- **Lista de precios:** documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago.
- **Recibo de pago compartido:** recibo de fiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago solo se le facture el valor a pagar por ella.
- **Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):** formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001, demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.
- **Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA:** corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.
- **Historia clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del

paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

- **Hoja de atención de urgencias:** es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.
- **Odontograma:** es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.
- **Hoja de administración de medicamentos:** corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

## 2.2. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO:

### 1. CONSULTAS AMBULATORIAS:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de Autorización. El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la

entidad responsable del pago solo se le facture el valor a pagar por ella.

## 2. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIOS:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de Autorización. El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Odontograma: se verifica en el proceso de auditoría médica concurrente cuando aplique.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

## 3. EXÁMENES DE LABORATORIO, IMÁGENES Y OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS AMBULATORIAS:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de autorización o autorización física, cuando así lo requiera según el acuerdo de voluntades establecido.  
El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Exceptuándose aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adiciona o sustituya; sin embargo, deberán ser

comentados en la historia clínica o epicrisis en los casos en que aplique.

- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden de servicios médicos.

#### 4. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS AMBULATORIOS:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de autorización o autorización física, cuando así lo requiera según el acuerdo de voluntades establecido.

El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.

- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### 5. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Informe de atención inicial de urgencias.
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Informe de atención inicial de urgencias.
- Copia de la hoja de administración de medicamentos.

- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, exceptuándose aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adiciona o sustituya; sin embargo, deberán ser comentados en la historia clínica o epicrisis, cuando aplique: Se verifica en el proceso de auditoría médica concurrente.
- Comprobante de recibido del usuario.

#### 6. ATENCIÓN DE URGENCIAS:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de Autorización: escribir el número de autorización suministrado por el Servicio de Orientación Médica – SOM -, en forma clara y en lugar visible en la factura.  
El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, exceptuándose aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adiciona o sustituya; sin embargo, deberán ser comentados en la historia clínica o epicrisis, cuando aplique: Se verifica en el proceso de auditoría médica concurrente.
- Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga, en caso de accidente de tránsito.
- Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar

- por ella.
  - Comprobante de recibido del usuario.
- **NOTA:** En el caso de reingresos o en donde los servicios se deriven de una autorización inicial, se debe registrar el número de factura que originó los servicios previos y el número de autorización inicial.

#### 7. SERVICIOS DE INTERNACIÓN Y/O CIRUGÍA (HOSPITALARIA O AMBULATORIA):

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de Autorización. El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, exceptuándose aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994, o la norma que la modifique, adiciona o sustituya; sin embargo, deberán ser comentados en la historia clínica o epicrisis, cuando aplique: se verifica en el proceso de auditoría médica concurrente.
- Descripción quirúrgica.
- Registro de anestesia.
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga, en caso de accidente de tránsito.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo

represente.

- Comprobante de recibido del usuario.

#### 8. AMBULANCIA:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos: No se exige cuando se relacionan en la hoja de traslado.
- Número de Autorización.

El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.

- Hoja de traslado.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### 9. HONORARIOS PROFESIONALES:

- Factura o documento equivalente.
- Detalle de cargos: se exige cuando la factura no lo detalla.
- Número de Autorización. El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Descripción quirúrgica.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Comprobante de recibido del usuario.

### **2.3. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO:**

- Factura o documento equivalente.
- Autorización. El nombre de la Institución y el servicio impreso en la autorización debe coincidir con los datos de la factura. En caso de detectarse diferencias entre lo autorizado y lo facturado, la factura será glosada en su totalidad.
- Resumen de atención y/o epicrisis.
- En el caso de servicios NO POS incluidos dentro del paquete, deberá ir el desglose de servicios debidamente cuantificado y valorizado.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Descripción quirúrgica.
- Registro de anestesia.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

#### **Notas:**

- Adicional a lo descrito anteriormente se debe acompañar la factura con RIPS de los servicios prestados de acuerdo con la normatividad vigente.
- En los casos en que haya lugar PLANILLA USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA MÉDICA Y PROCEDIMIENTOS EN CONSULTORIO o PLANILLA USUARIOS ATENDIDOS EN SESIONES PARAMÉDICAS

- Cuando la factura incluya servicios prestados a más de un usuario, la misma deberá contener en forma desagregada lo siguiente: el medicamento intrahospitalario, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada usuario, certificado por LA INSTITUCIÓN.
- La descripción del medicamento intrahospitalario, servicio médico o prestación de salud descrita en las facturas debe corresponder exactamente con lo autorizado y prestado al usuario.

Ejemplo 1: si se autoriza una nefrectomía laparoscópica, debe constar en la factura que se está facturando una nefrectomía **laparoscópica** con su respectivo detalle y soporte de práctica de procedimiento al paciente (descripción quirúrgica) en donde conste claramente la intervención practicada y la vía.

Ejemplo 2: si se autoriza "cintas libres de tensión" debe facturarse de igual forma y no de manera general como "materiales especiales" o "insumos".

- La descripción de servicios en la factura o en los desgloses de las mismas deberá siempre estar acompañada de códigos CUPS - exceptuando prestaciones no incluidas en la resolución 4678 de 2015,- de lo contrario, las facturas podrán ser glosadas parcial o totalmente.
- Las facturas de medicamentos deben incluir el Código Único Nacional de Medicamentos CUM, publicado en la página web del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, toda vez que, de conformidad con la Resolución 0255 de 2007 expedida el 6 de febrero de 2007 por el Ministerio de la Protección Social, se adoptó como dato único de reporte y trazabilidad para el SGSSS, de obligatoria referencia por parte de los actores del Sistema.

## **2. PRESENTACIÓN Y PAGO DE FACTURAS**

- a) La radicación de las facturas corresponderá a los quince (15) primeros días calendario del mes siguiente a la prestación del servicio. Si este no es un día hábil, la fecha límite para la radicación será el día hábil siguiente, dentro de los horarios y lugares establecidos por Colmédica Medicina Prepagada.
- b) Este término también aplica para la radicación de las correcciones realizadas por el prestador en virtud de las glosas totales o parciales que se hubieren presentado.
- c) Colmédica Medicina Prepagada cancelará la factura presentada por la Institución, el día veinticinco (25) o día hábil siguiente del mes siguiente a aquel en que fue radicada la misma, según los descuentos realizados en virtud del sistema de "UNIDAD DE PAGO DIRECTO", para efecto de lo cual se tendrá como fecha de presentación de la factura la fecha que aparezca en el sello de radicación de Colmédica Medicina Prepagada.

## **3. INFORMACIÓN DE PAGOS Y EXTRACTOS**

Colmédica Medicina Prepagada, publicará en la página web [www.colmedica.com](http://www.colmedica.com), extracto de los pagos programados correspondientes a las facturas radicadas e igualmente la relación de glosas en los casos que aplique e impuestos de ley.

Lo anterior, con el fin de que la Institución pueda conciliar sus facturas, previa solicitud de su clave PERSONAL. Para el caso de glosas los soportes físicos serán remitidos por correo certificado dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, a la última dirección registrada por LA INSTITUCIÓN.

Los pagos se realizarán por transacción electrónica, motivo por el cual, es necesario que cada prestador haya radicado debidamente diligenciado

en la Dirección de Convenios Médicos de Medicina Prepagada el FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO ACM-CPM-FOR-24.

Si tiene algún inconveniente con los abonos puede comunicarse con el Área de Pagaduría al número telefónico 7565656 en Bogotá.

#### 4. TRÁMITE DE GLOSAS

##### 2.4. DEFINICIONES GENERALES

- **Glosa:** es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por LA ENTIDAD durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte de LA INSTITUCIÓN.
- **Devolución:** es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por LA ENTIDAD durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.  
Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado.
- **Autorización:** es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de LA ENTIDAD para la prestación de los servicios requeridos por el afiliado, de acuerdo con lo establecido entre LA INSTITUCIÓN y LA ENTIDAD.

**Respuesta a Glosas y Devoluciones:** se interpreta en todos los casos como la respuesta que LA INSTITUCIÓN da a la glosa o devolución generada por LA ENTIDAD.

En caso de presentarse alguna irregularidad o glosa en relación con la factura presentada por la Institución ante Colmédica Medicina Prepagada, se debe tener en cuenta el siguiente procedimiento:

- a) La Institución, previa solicitud de clave personalizada que otorga Colmédica Medicina Prepagada, deberá consultar la glosa correspondiente en la oficina virtual de la página de Internet [www.colmedica.com](http://www.colmedica.com). Colmédica Medicina Prepagada contará con un término de treinta (30) días calendario contados a partir de la radicación de la factura por parte de LA INSTITUCIÓN para glosar total o parcialmente la factura. Los soportes físicos de las glosas serán enviadas a LA INSTITUCIÓN por correo certificado el mes siguiente a la radicación de la factura, a la última dirección registrada.
- b) En el caso de las glosas efectuadas por el grupo de auditoría médica de la ENTIDAD en la INSTITUCIÓN, estas deben ser conciliadas por las partes previo a la radicación. Si no se llega a un acuerdo, la factura debe radicarse para el pago correspondiente a lo no glosado y posteriormente la parte glosada será llevada a una segunda instancia de conciliación entre LA ENTIDAD y la INSTITUCIÓN.
- c) Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.
- d) En su respuesta a las glosas, LA INSTITUCIÓN podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar.
- e) Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a LA ENTIDAD, una vez LA INSTITUCIÓN subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.
- f) En los casos en que Colmédica Medicina Prepagada determine la devolución de una factura, informará telefónicamente a la Institución.
- g) Si dentro de los 30 días calendario siguientes, la Institución no ha retirado los documentos, los mismos le serán remitidos por correo certificado dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, a la última dirección registrada por LA INSTITUCIÓN.
- h) En los eventos en que Colmédica Medicina Prepagada y la Institución no

logren ponerse de acuerdo sobre el contenido definitivo de las glosas, Colmédica Medicina Prepagada procederá al pago de la parte no glosada.

- i) En aquellos eventos en que persistan las diferencias sobre las glosas, Colmédica Medicina Prepagada y la Institución acudirán a los mecanismos legales previstos para la definición de las controversias.
- j) Dudas o inquietudes con glosas a las cuentas favor comunicarse a la línea de Asistencia Colmédica 7569000 opción 3 y 01 8000 123900 Opción 3.

## **5. CONCILIACIÓN DE CARTERA**

Para conciliación de cartera, por favor remitir su solicitud a nuestra sede en Bogotá ubicada en la Calle 63 A # 28 - 75 en el horario de 7:30 a.m. a 5:00 p.m., indicando el detalle de la cartera a revisar en formato Excel (Nit de la IPS, número de factura, fecha de radicación y valor) o si lo prefiere al correo electrónico [teresar@colmedica.com](mailto:teresar@colmedica.com)