	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	1 de 9

## 1. OBJETIVO

Lograr que el usuario cancele la totalidad del dinero por los servicios prestados o realice acuerdo de pago.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica el área de cartera particulares de la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí.

## 3. RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO

Son responsables de la implementación y mantenimiento de este procedimiento el Líder y los Auxiliares de Cartera particular.



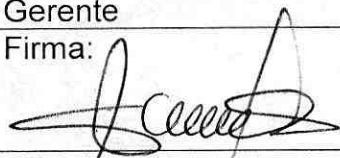
## 4. DEFINICIONES


**Acuerdo de pago:** Es una figura que permite al usuario obtener plazo para el pago de la cuenta generada por los servicios prestados en la institución.

**Pagaré:** Es un título valor de contenido crediticio, con determinadas formalidades, que contiene la obligación de pagar una cantidad de dinero a una persona determinada.

## 5. ENTRADAS

INSUMOS	PROVEEDORES	CONDICIONES
Usuario y/o acompañante informado del valor aproximado a pagar por la atención.	Usuario y/o acompañante	Firma del usuario o acompañante en el censo diario como evidencia de que recibió información sobre el estado de la cuenta.


Elaboró: Carlos Alzate. Líder Cartera Particular	Revisó: Dora E. Rodriguez Agudelo. Profesional Calidad	Aprobó: Carlos Fredy Carmona R. Gerente
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 2018 - 12 - 10	Fecha: 2018 - 12 - 12	Fecha: 2018 - 12 - 14

	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	2 de 9

Factura generada.	Facturación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuario dado de alta.</li> <li>- Factura con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente y con los saldos por cancelar o cobrar claramente especificados.</li> </ul>
-------------------	-------------	---

## 6. CONTENIDO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
Gestión de cobro	Recibir al usuario dado de alta que manifiesta no contar con la totalidad del dinero para cancelar la factura generada por los servicios recibidos.	Auxiliar cartera o auxiliar de caja	
	Escuchar con atención los inconvenientes presentados por el usuario e identificar la cantidad de dinero que tiene disponible para pagar la factura.	Auxiliar cartera o auxiliar de caja	
	Solicitar respetuosamente al usuario la cancelación total de la factura o pre-factura por la atención, explicando claramente las razones por las cuales debe cancelar la totalidad del dinero.	Auxiliar cartera o auxiliar de caja	
Generación del pagaré y/o acuerdo de pago	<p>Identificar si el usuario cancela la totalidad de la factura o insiste en no tener el dinero suficiente para cumplir su obligación.</p> <p><b>El usuario cancela la totalidad de la factura:</b> Dar por finalizado el procedimiento.</p> <p><b>El usuario No dispone de dinero para cancelar la totalidad de la factura:</b> Solicitar al usuario el pago de al menos el 50% del valor de la factura y firmar pagaré por el valor restante con dos codeudores y/o avalistas.</p> <p><b>Nota:</b> Si el usuario manifiesta no tener dinero para pagar el 50% del valor de la factura, se firmará pagaré por el valor correspondiente con tres codeudores y/o avalistas.</p>	Auxiliar cartera o auxiliar de caja	Pagaré (F_05_GF-4)
	Diligenciar el acuerdo de pago anexo al pagaré firmado por el usuario en el cual		Auxiliar cartera o auxiliar de caja


	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	3 de 9

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	quede claramente especificado el acuerdo y la forma de pago.		Acuerdo de pago (F_00_GF-4)
	Verificar que el pagaré haya quedado correcta y completamente diligenciado.	Auxiliar cartera	
	Diligenciar el "Anexo técnico recaudo de pago compartido (F_03_GF-4)" cuando el usuario es un adulto mayor sin familia o acudiente y enviar dicho documento a la aseguradora en la cual se encuentra afiliado el usuario para que ésta se haga responsable de la totalidad de la totalidad de la cuenta.	Auxiliar cartera	Anexo técnico recaudo de pago compartido (F_03_GF-4)
	Diligenciar el formato "Información estado cuenta por pagar (F_04_GF-4)" y solicitar al usuario que lea y firme el mismo.	Auxiliar cartera	Información estado cuenta por pagar (F_04_GF-4)
	Explicar al usuario la importancia de cumplir con el acuerdo de pago.	Auxiliar cartera o auxiliar de caja	
	Archivar el pagaré en las carpetas físicas destinadas para tal fin.	Auxiliar cartera	

## 7. SALIDAS

PRODUCTO O RESULTADO	CLIENTES	REQUISITOS
Factura cancelada.	Cartera, Usuario y/o acompañante	Recibo de caja expedido en la institución por el valor total de la factura en el software Dinámica Gerencial
Acuerdo de pago generado.	Cartera, Usuario y/o acompañante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuario sin capacidad de pago para cancelar la totalidad de la factura.</li> <li>- Pagaré, carta de instrucciones y acuerdo de pago completa y correctamente diligenciado.</li> </ul>

## 8. ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES

	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	4 de 9


- Preséntese siempre al usuario con su nombre y cargo.
- Escuche con atención las dudas e inquietudes del usuario y su familia, aclare en lenguaje sencillo respetando sus opiniones, asegúrese que haya comprendido y repita si es necesario.
- En horario no hábil, este procedimiento será ejecutado por el personal de admisiones de urgencias y cajeros.
- Cuando el usuario presente impedimento para firmar, se debe colocar huella dactilar en el pagaré y demás documentos requeridos.
- Mantenga contacto visual con el usuario, mírelo a los ojos mientras le habla.
- En el momento de la atención a un usuario no hacer comentarios refiriéndose a otros usuarios.

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

CÓDIGO	NOMBRE
Ley 1066 de 2006, expedida por el Congreso de Colombia	Por la cual se dictan normas para la normalización de la cartera pública y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4473 de 2006, expedido por el Ministro de Hacienda y Crédito Público	Por el cual se reglamenta la Ley 1066 de 2006.
Resolución 122 de 2012, expedida por la ESE Hospital San Rafael de Itagüí	Por medio de la cual se establece el Reglamento Interno de recaudo de cartera pública morosa y se compila el procedimiento para el cobro persuasivo, coactivo y las competencias para su ejecución de la E.S.E. Hospital San Rafael Itagüí.

## 10. CAMBIOS


FECHA	NATURALEZA DEL CAMBIO	SOLICITANTE
-------	-----------------------	-------------

	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	5 de 9


2016 – 02 – 16	Actualización del “Procedimiento gestionar cobro (particulares) (P_04_GF-5)” conforme a la nueva estructura documental adoptada por la institución, lo que generó la desagregación en varios documentos.	Luis Felipe Tobón Loteró – Líder de Cartera Particulares
2018 – 12 – 10	Actualización del procedimiento conforme a la nueva estructura documental adoptada por la institución con la implementación de software “Dinámica Gerencial y Hospitalaria”	Carlos Alzate Líder de Cartera Particular

## 11. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE
F_03_GF-4	Anexo técnico recaudo de pago compartido.
F_05_GF-4	Pagaré.
F_06_GF-4	Carta de Instrucciones.
F_07_GF-4	Acuerdo de Pago

	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	6 de 9

### ANEXO 1

	Formato	Código	F_03_GF-4
	<b>ANEXO TÉCNICO RECAUDO DE PAGO COMPARTIDO</b>	Versión	2
		Vigencia	10/12/2018

INFORME ESTANDAR DE NO PAGO COMPARTIDO

Nombre de IPS	HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI E.S.E.	NIT	8	9	0	9	8	0	0	6	6	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO											CODIGO	

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número de Identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			

DATOS DE LA FACTURA

NUMERO DE FACTURA		FECHA DE FACTURACIÓN	
-------------------	--	----------------------	--

DATOS DEL PAGO COMPARTIDO

CONCEPTO		VALOR A PAGAR SEGÚN LIQUIDACIÓN	
<input type="checkbox"/> COPAGO	<input type="checkbox"/> CUOTA MODERADORA	VALOR REALMENTE RECAUDADO	
<input type="checkbox"/> PERIODO DE CARENCIA	<input type="checkbox"/> CUOTA DE RECUPERACIÓN	DIFERENCIA	

RAZON DEL NO PAGO


<input type="checkbox"/> Paciente afirma no tener recursos
<input type="checkbox"/> Paciente se niega a cancelar
<input type="checkbox"/> Paciente remitido de urgencia sin presencia de familiares
<input type="checkbox"/> Paciente abandonado
<input type="checkbox"/> Paciente fallecido sin presencia de familiares
<input type="checkbox"/> Paciente fugado
<input type="checkbox"/> Otra Especifique _____

DATOS DEL ACUDIENTE  O TESTIGO


1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Documento de Identidad del Acudiente o Testigo			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Teléfono	
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Indicativo	Número
<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Teléfono Celular		
Firma del Acudiente o Testigo _____			

El HOSPITAL SAN RAFAEL ITAGÜÍ E.S.E. se ampara en el artículo 26 del Decreto 4747 de 2007, "La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de los servicios de salud. Solamente podrán considerarse como parte de pago a las Prestadoras de Servicios de Salud, cuando exista un recaudo efectivo de su valor". Por lo anterior se solicita abstenerse de glosar el copago o cuota moderadora incluido en la factura.

Nota: Este formato ha sido firmado después de que el personal de la institución ha realizado el cobro respectivo del copago o cuota moderadora

	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	7 de 9

## ANEXO 2

	Formato	Código	F_05_GF-4
	<b>PAGARÉ</b>	Versión	4
		Página	1 de 1

1. Pagaré No.: \_\_\_\_\_
2. Valor de la deuda: \_\_\_\_\_
3. Intereses durante el plazo: \_\_\_\_\_
4. Ciudad: \_\_\_\_\_
5. Plazo de pago: \_\_\_\_\_
6. Fecha de pago de la primera cuota: \_\_\_\_\_
7. Intereses de mora: \_\_\_\_\_

El(los) abajo firmante(s), mayor(es) de edad identificado(s) y obrando como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), quien(es) en adelante me(nos) denominaré (emos) el(los) deudor(es), por medio del presente pagaré hago (cemos) constar: **PRIMERO:** Que me (nos) comprometo (temos) a **PAGAR** a la orden de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI**, o quien represente sus derechos o en el futuro quien ostente la calidad de legítimo tenedor, de forma incondicional, indivisible y solidaria la suma mencionada en el numeral 2 del presente documento pagare que suscribo (bimos). **SEGUNDO:** Que igualmente me(nos) obligo(amos) a pagar junto con el capital, los intereses remuneratorios sobre el saldo insoluto del crédito a la tasa efectiva anual que aparece señalada en el numeral 3, los cuales serán pagados mes vencido en su equivalente. **TERCERO:** La suma de dinero y sus respectivos intereses que debo (mos) a la **ACREEDORA** serán pagados en la ciudad que se menciona en el numeral 4 y en el plazo que menciona en numeral 5. La primera cuota se pagará como lo estipula el numeral 6 del encabezado de este título. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Cuando la fecha del pago de una de las cuotas deba hacerse un día no hábil me (nos) obligo (mos), a pagarla el día hábil siguiente después de la fecha de vencimiento. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Expresamente declaro (amos) que no se hace necesaria la presentación para el pago, el aviso de rechazo y protesto. **PARÁGRAFO TERCERO:** En caso de presentarse cobro judicial o extrajudicial del pagaré; serán de mi cuenta todos los costos generados de trámites relacionados. **CUARTO:** El tenedor podrá declarar vencido la totalidad de los plazos de las cuotas que constituyan el saldo de lo debido, y exigir su pago inmediato ya sea judicial o extrajudicial, cuando el (los) deudor (es) entre en mora o incumpla cualquiera de las obligaciones derivadas del presente documento, esto entendido como la cláusula aceleratoria.

Nombre y Apellido Deudor: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido Codeudor: \_\_\_\_\_


Para constancia de lo anterior firmo (amos) el DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Deudor)


\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Codeudor)

\_\_\_\_\_  
Cédula

	Procedimiento	Código	PR_02_GF-4
	<b>OBTENCION DEL PAGO DE LA FACTURA O GENERACIÓN DE ACUERDO DE PAGO</b>	Versión	3
		Página	8 de 9

### ANEXO 3

	Formato	Código	F_06_GF-4
	<b>CARTA DE INSTRUCCIONES</b>	Versión	2
		Página	1 de 1

Identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s) autorizo (autorizamos) a la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ**, para que haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 622 del Código de Comercio, llene los espacios que se han dejado en blanco en el pagaré número \_\_\_\_\_ sin previo aviso, para la cual deberá ceñirse en las siguientes instrucciones:

El valor del pagaré será igual al monto de las sumas exigibles que a mí (nuestro) cargo esté (estemos) adeudando por concepto de capital e intereses, por servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y todo lo relacionado con la salud, prestados al paciente: \_\_\_\_\_, identificado con Documento No. \_\_\_\_\_.

Los espacios en blanco se llenarán en caso de mora o incumplimiento de una o cualquiera de las obligaciones a mí (nuestro) cargo.

La fecha de vencimiento del pagaré será aquella en que se llenen los espacios dejados en blanco.

Expresamente autorizo (autorizamos) a la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ**, para que se obtenga de cualquier fuente de información, referencias de mi persona, mi comportamiento y crédito comercial y en general, el cumplimiento de mis obligaciones.

Autorizo irrevocablemente a la misma entidad para que se incorpore mi nombre, apellidos y cédula de ciudadanía en caso de incumplimiento a centrales de riesgo o bancos de datos o a cualquier entidad dedicada a este menester, exonerando de toda responsabilidad al otorgante del crédito.

El pago se realizará en la cuenta de ahorros No.382-51293-7 del Banco de Bogotá, a nombre de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ**, con NIT 890980066-9, ó en las cajas de la institución.

Para constancia y en señal de aceptación se firma en Itagüí el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_.

Dejo constancia que recibí la carta de instrucciones, de acuerdo a lo ordenado por la Superintendencia Bancaria. Para constancia de lo anterior firmo (amos).

Nombre y Apellido Deudor: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido Codeudor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Deudor)

\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Codeudor)

\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO





Procedimiento

Código

PR\_02\_GF-4

**OBTENCION DEL PAGO DE LA  
FACTURA O GENERACIÓN DE  
ACUERDO DE PAGO**

Versión

3

Página

9 de 9

**ANEXO 5**



F\_07\_GF-4

**ACUERDO DE PAGO**

FECHA: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
y \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Me comprometo a cancelar el saldo pendiente con el HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI E.S.E de la siguiente forma:

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Doc. \_\_\_\_\_ PAGARE: \_\_\_\_\_

VALOR DEUDA: \$ \_\_\_\_\_

PLAZO CANCELACIÓN: \_\_\_\_\_

VALOR CUOTA: \$ \_\_\_\_\_

FECHA DE PAGO A PARTIR DEL: DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

COMPROMISO: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con la cédula \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ identificado con la cédula \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ en ejercicio de mi Derecho a la Libertad y Autodeterminación Informática, autorizo a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI o a la entidad que mi acreedor delegue para representarlo o a su cesionario, endosatario o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor, previo a la relación contractual y de manera irrevocable, escrita, expresa, concreta, suficiente, voluntaria e informada, con la finalidad que la información comercial, crediticia, financiera y de servicios de la cual soy titular, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de la naturaleza del contrato que les dé origen), a mi comportamiento e historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago, y aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, sea en general administrada y en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, transferida, usada o puesta en circulación y consultada por terceras personas autorizadas expresamente por la ley 1266 de 2008, incluidos los Usuarios de la Información. Con estos mismos alcances, atributos y finalidad autorizo expresamente para que tal información sea concernida y reportada en la Base de Datos PROCREDITO operada por FENALCO. De la misma manera autorizo a FENALCO, como Operador de la Base de Datos PROCREDITO que tiene una finalidad estrictamente comercial, financiera, crediticia y de servicios, para que procese, opere y administre la información de la cual soy titular, y para que la misma sea transferida y transmitida a Usuarios, lo mismo que a otros operadores nacionales o extranjeros que tengan la misma finalidad o una finalidad que comprenda la que tiene PROCREDITO. Autorizo también para que la notificación a que hace referencia el decreto 2952 del 06 de agosto de 2010 en su artículo 2do. Se pueda surtir a través de mensaje de datos y para ello suministro y declaro el siguiente correo electrónico:

Certifico que los datos personales suministrados por mí, son veraces, completos, exactos, actualizados, reales y comprobables. Por tanto, cualquier error en la información suministrada será de mi única y exclusiva responsabilidad, lo que exonera a FENALCO de su responsabilidad ante las autoridades judiciales y/o administrativas.

En nuestra calidad de deudor certificamos que el documento que suscribimos a favor del HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUI E.S.E respaldan las obligaciones por los desembolsos del pago de facturas.

El pago se realizará en la cuenta de ahorros No. 382-512937, del Banco de Bogotá, a nombre de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUÍ, con NIT. 890980066-9 o en las Cajas de la institución.

Declaro que he leído y comprendido a cabalidad el contenido de la presente autorización, y acepto la finalidad en ella descrita y las consecuencias que se derivan de ella.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DEUDOR  
Cédula:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CODEUDOR  
Cédula:

E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí Dirección: Carrera 51A No. 45-51 Teléfono: 448 22 24 Extensión: 9522  
Correo electrónico: cartera2@hsanrafael.org

