

RESOLUCIÓN 0558 DE  
( 03 MAY 2019 )

"Por medio de la cual se modifican los artículos 7 y 26 y se sustituyen los anexos de la Resolución 0382 de 2019"

## EL SECRETARIO SE SALUD DE BOYACÁ

En ejercicio de sus facultades legales, y en especial las conferidas por la Ley 1751 de 2015 y las Resoluciones 1479 de 2015, 2438 de 2018 y 5871 de 2018 y,

### CONSIDERANDO

Que a través de la Resolución 0382 de 2019, la Secretaría de Salud de Boyacá adoptó el modelo contentivo en el capítulo II de la Resolución 1479 de 2015, como el trámite previo, de ejecución y post, para las solicitudes de recobro o cobro, Verificación, Control, Reconocimiento y Pago de las Tecnologías en Salud No Financiadas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y Servicios Complementarios.

Que la Resolución 0382 de 2019 aplica al Departamento de Boyacá a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en los municipios del Departamento de Boyacá y de acuerdo a su red prestadora de servicios de salud que presten servicios y tecnologías de salud no incluidas en el plan de beneficios a la población afiliada al Régimen Subsidiado del Departamento de Boyacá.

Que mediante la Resolución 0382 de 2019, se estableció el instrumento para presentar la información correspondiente a cada solicitud de recobro o cobro (archivos .txt) por parte de la entidad recobrante a la Secretaría de Salud de Boyacá, a través de los anexos 1 y 2 que hacen parte del citado acto administrativo.

Que en el artículo 7 se establecen los documentos generales para la presentación de recobros o cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios y en el artículo 26 el monto a reconocer y pagar por recobro o cobro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.



Que para el régimen subsidiado aplica cuota de recuperación que debe pagar el usuario afiliado a régimen subsidiado que necesite atención médica y requiera una Tecnología en Salud no incluida en el Plan de Beneficios.

Que, en mérito de lo expuesto,

### **RESUELVE:**

**Artículo 1°** Modifíquese el artículo 7 de la Resolución 0382 de 2019, el cual quedará así:

**"Artículo 7°. Documentos generales para la presentación de recobros o cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios:** Para efectos de presentar las solicitudes de recobro o cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la Secretaría de Salud de Boyacá los siguientes documentos por una única vez:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.

2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderada. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder."

**Artículo 2°** Modifíquese el artículo 26 de la Resolución 0382 de 2019, el cual quedará así:

**"Artículo 26. Monto a reconocer y pagar por recobro o cobro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios:** El monto a reconocer y pagar por recobros o cobros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios se determinará sobre el precio de compra al proveedor, considerando los valores de reconocimiento o los precios de medicamentos regulados, según aplique, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

**1. Medicamentos no financiados con recursos de la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.**

a) El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no financiados con recursos de la UPC, será la diferencia entre el valor



facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, utilizados o descartados.

b) Cuando el medicamento no financiado con recursos de la UPC recobrado tenga establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

Para el cálculo del monto del comparador se empleará la siguiente fórmula:

Valor Calculado =  $P * Q$  en donde:

P: Monto base del comparador administrativo (por unidad mínima de concentración g/mg/mcg/U.l., según corresponda).

Q: Cantidad total del principio activo del comparador administrativo (En unidad mínima de concentración g/mg/mcg/U.l., según corresponda), equivalente a la cantidad total de principio activo en el medicamento objeto de recobro en la indicación empleada.

c) Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota de recuperación que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo a la tecnología en salud prestada, al nivel del SISBEN y al valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

d) No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

e) Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud no financiados con recursos de la UPC, la Secretaría de Salud de Boyacá reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, en el evento que el valor facturado sea mayor al precio máximo, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, el valor de la cuota de recuperación que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su nivel SISBEN y el valor de la tecnología en salud prestada, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.



03 MAY 2019 0558

f) Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, la Secretaría de Salud de Boyacá reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social; el valor de la cuota de recuperación que las Entidades Promotoras de Salud hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su nivel SISBEN y el valor de la tecnología en salud prestada, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

g) Cuando el valor solicitado del tratamiento con la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, calculado por evento o per cápita sea menor o igual al monto calculado por evento o per cápita para su respectivo comparador administrativo, se deberá entender que dicha tecnología en salud es suministrada con recursos de la UPC y no procederá la radicación del recobro o cobro.

## **2. Procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.**

a) El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico o prestación de salud.

b) Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota de recuperación que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su nivel SISBEN y el valor de la tecnología en salud prestada y el valor que deba cancelar el usuario, , conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

c) No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico o prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

## **3. Procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC, realizados bajo diferente tecnología o vía quirúrgica, prescritos por el profesional de la salud o por fallos de tutela.**

a) El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC, realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento en salud suministrado con esta tecnología o vía quirúrgica y el valor del



procedimiento de salud con la tecnología o vía de acceso financiados con recursos de la UPC, considerando el principio de eficiencia consagrado en la Ley 1751 de 2015 y según determine este ministerio.

b) Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del Manual Único Tarifario para la facturación de los servicios de salud.

c) Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota de recuperación que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo a su nivel SISBEN, el valor de la tecnología en salud prestada y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

d) No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

**Parágrafo 1.** Cuando el valor solicitado del tratamiento con la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, calculado por evento o per cápita sea menor o igual al monto calculado por evento o per cápita para su respectivo comparador administrativo, se deberá entender que dicha tecnología en salud es suministrada con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro o cobro.

**Parágrafo 2.** En el proceso de auditoría integral que adelante la Secretaría de Salud de Boyacá, se verificará que los dispositivos médicos recobrados o cobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento o pago de los dispositivos médicos que se recobren o cobren de manera independiente, salvo los definidos en el mecanismo de protección colectiva (PBSUPC) o en actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 3.** Cuando se trate del reconocimiento de tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios como consecuencia de una complicación por el uso o aplicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, será necesario relacionar la factura que dio origen a la atención inicial no financiada."

**Artículo 3°** Sustituir los anexos 1 y 2 de la Resolución 0382 de 2019 por los anexos técnicos 1 y 2: Anexo Técnico 1: Formato de solicitud recobros o cobros Prescripciones MIPRES y Anexo Técnico 2: Formato de solicitud recobros o cobros Prescripciones MIPRES por Tutelas.



**Artículo 4º Vigencia:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 7 y 26 y sustituye los Anexos 1 y 2 de la Resolución 0382 de 2019.

03 MAY 2019

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE


Dada en Tunja- Boyacá a los



**GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ**  
Secretario de salud de Boyacá



Revisó: **MARIA VICTORIA AVILA RAMOS**  
Directora Prestación de Servicios



Proyectó y Elaboró: **Judy Rodriguez** – Técnico Administrativo

### ANEXO TECNICO 1

#### Formato de solicitud recobros o cobros Prescripciones MIPRES

Id	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
1	Número prescripción MIPRES	Corresponde al número asignado a la prescripción a través de la plataforma MIPRES	20	N	De acuerdo con la información registrada en MIPRES	Si
2	Fecha prescripción MIPRES	Corresponde a la fecha de registro de la prescripción a través de la plataforma MIPRES	10	F	AAAA-MM-DD	Si
3	Tipo documento afiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	2	A	CC: Cédula de Ciudadanía RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte NV: Nacido Vivo CD: Carné Diplomático SC: Salvoconducto de permanencia PR: Pasaporte de la ONU PE: Permiso Especial de Permanencia	Si
4	Numero documento afiliado	Número de documento de identidad del afiliado	17	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	Si
5	Primer apellido afiliado	Primer apellido del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	Si
6	Segundo apellido afiliado	Segundo apellido del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	No
7	Primer nombre afiliado	Primer nombre del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	Si
8	Segundo nombre afiliado	Segundo nombre del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	No
9	Código EPS	Código entidad promotora de salud	6	A	De acuerdo con la asignación realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social	Si
10	Tipo identificación proveedor	Tipo identificación tributaria del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	2	A	NI	Si
11	Número identificación proveedor	Número identificación tributaria del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	12	N		Si
12	Número factura	Número de la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	26	A	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
13	Número item	Consecutivo dado por la entidad reclamante a cada item que conforma el recobro o cobro	4	N		Si
14	Fecha emisión factura	Fecha de la emisión de la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	10	F	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico AAAA-MM-DD	Si
15	Fecha prestación de servicios	Fecha de prestación del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	10	F	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico AAAA-MM-DD	Si



Id	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Tipo de servicio o tecnología	Sigla del tipo de servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	2	A	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y Dispositivos Médicos OS: Otros Servicios	Si
17	Código servicio o tecnología	Código del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	23	A	Medicamento: Registre el código CUM asignado por INVIMA, si el medicamento no tiene CUM, registre 1. Procedimiento: Registre el código CUPS, si no existe CUPS, registre 2. Insumos y Dispositivos Médicos: Registre 3. Otros Servicios: Registre 4.	Si
18	Nombre servicio o tecnología	Nombre del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	300	A		Si
19	Código homólogo servicio o tecnología	Código homólogo del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	23	A	Medicamento: Registre el código CUM asignado por INVIMA, si el medicamento no tiene CUM, registre 1. Procedimiento: Registre el código CUPS, si no existe CUPS, registre 2. Insumos y Dispositivos Médicos: Registre 3. Otros Servicios: Registre 4.	No
20	Nombre homólogo servicio o tecnología	Nombre del homólogo del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	300	A		No
21	Cantidad suministrada	Cantidad suministrada ítem	4	N		Si
22	Valor Unitario	Valor unitario del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	13 dígitos más 2 decimales	N	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
23	Valor total	Valor total del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	13 dígitos más 2 decimales	N	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
24	Valor cuota de recuperación	Valor cuota de recuperación del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico cancelado por el afiliado	13 dígitos más 2 decimales	N	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
25	Valor recobrado o cobrado	Valor del recobro o cobro presentado por la entidad promotora de salud	13 dígitos más 2 decimales	N	Valor cuota de recuperación del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico cancelado por el afiliado	Si
26	Constancia de pago	Indica si la factura o documento equivalente fue pagada o no al proveedor del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	1	N	0: NO 1: SI	Si



**ANEXO TECNICO 2**
**Formato de solicitud recobros o cobros Prescripciones MIPRES por Tutela**

Id	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
1	Número prescripción MIPRES por tutela	Corresponde al número asignado a la prescripción por tutela a través de la plataforma MIPRES	20	N	De acuerdo con la información registrada en MIPRES	Si
2	Fecha prescripción MIPRES por tutela	Corresponde a la fecha de registro de la prescripción por tutela a través de la plataforma MIPRES	10	F	AAAA-MM-DD	Si
3	Tipo documento afiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	2	A	CC: Cédula de Ciudadanía RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte NV: Nacido Vivo CD: Carné Diplomático SC: Salvoconducto de permanencia PR: Pasaporte de la ONU PE: Permiso Especial de Permanencia	Si
4	Numero documento afiliado	Número de documento de identidad del afiliado	17	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	Si
5	Primer apellido afiliado	Primer apellido del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	Si
6	Segundo apellido afiliado	Segundo apellido del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	No
7	Primer nombre afiliado	Primer nombre del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	Si
8	Segundo nombre afiliado	Segundo nombre del afiliado	60	A	De acuerdo con la información registrada en BDUA	No
9	Código EPS	Código entidad promotora de salud	6	A	De acuerdo con la asignación realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social	Si
10	Tipo identificación proveedor	Tipo identificación tributaria del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	2	A	NI	Si
11	Número identificación proveedor	Número identificación tributaria del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	12	N		Si
12	Número factura	Número de la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	26	A	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
13	Número ítem	Consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro o cobro	4	N		Si
14	Fecha emisión factura	Fecha de la emisión de la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	10	F	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico AAAA-MM-DD	Si
15	Fecha prestación de servicios	Fecha de prestación del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	10	F	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico AAAA-MM-DD	Si



Id	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Tipo de servicio o tecnología	Sigla del tipo de servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	2	A	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y Dispositivos Médicos OS: Otros Servicios	Si
17	Código servicio o tecnología	Código del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	23	A	Medicamento: Registre el código CUM asignado por INVIMA, si el medicamento no tiene CUM, registre 1. Procedimiento: Registre el código CUPS, si no existe CUPS, registre 2. Insumos y Dispositivos Médicos: Registre 3. Otros Servicios: Registre 4.	Si
18	Nombre servicio o tecnología	Nombre del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	300	A		Si
19	Código homólogo servicio o tecnología	Código homólogo del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	23	A	Medicamento: Registre el código CUM asignado por INVIMA, si el medicamento no tiene CUM, registre 1. Procedimiento: Registre el código CUPS, si no existe CUPS, registre 2. Insumos y Dispositivos Médicos: Registre 3. Otros Servicios: Registre 4.	No
20	Nombre homólogo servicio o tecnología	Nombre del homólogo del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	300	A		No
21	Cantidad suministrada	Cantidad suministrada ítem	4	N		Si
22	Valor Unitario	Valor unitario del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	13 dígitos más 2 decimales	N	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
23	Valor total	Valor total del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	13 dígitos más 2 decimales	N	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
24	Valor cuota de recuperación	Valor cuota de recuperación del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico cancelado por el afiliado	13 dígitos más 2 decimales	N	De acuerdo con la factura del proveedor o prestador del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	Si
25	Valor recobrado o cobrado	Valor del recabro o cobro presentado por la entidad promotora de salud	13 dígitos más 2 decimales	N	Valor cuota de recuperación del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico cancelado por el afiliado	Si
26	Constancia de pago	Indica si la factura o documento equivalente fue pagada o no al proveedor del servicio, medicamento, procedimiento y/o insumo o dispositivo médico	1	N	0: NO 1: SI	Si