

**RESOLUCIÓN 0382 DE**  
**( 15 MAR 2019 )**

**"Por medio del cual se adopta el modelo de gestión de qué trata el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 y demás documentos operativos que se requieran para la implementación del nuevo modelo"**

**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 la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos para su protección y acceso fueron regulados mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en cuyo artículo 6º se contemplaron los elementos y principios esenciales del citado derecho, del que hace parte según el literal k) el de eficiencia, en virtud del cual *"El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población"*

Que en la citada Ley se establece que las Entidades Territoriales tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, concurriendo en la financiación de la tecnología en salud no financiadas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado que requieran sus afiliados.

Que de acuerdo con la Sentencia T- 760 de 2008 y, en especial, el Auto 263 de 2012, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, razón por la cual expide se expide la Resolución N° 1479 de 2015, tendiente a mejorar los procedimientos de cobro, verificación y control y pagos de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS que se suministran a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de tal forma que agilizará el flujo de recursos de las Entidades Territoriales a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, privados o mixtos que brindan estos servicios y tecnologías.

Que la citada Resolución 1479 de 2015 señala que el Departamento, analizará la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, operativas y



financieras y con base en estas, adoptará uno de los dos modelos establecidos en los Capítulos I y II del título II del citado acto, para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado, de acuerdo con sus necesidades, razón por la cual, mediante circular 172 del 22 de mayo de 2015 el Departamento de Boyacá- Secretaría de Salud, escogió el modelo contentivo en el capítulo II siguiendo las reglas establecidas, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

Que mediante la Resolución 2438 de 2018 y en especial la remisión del modelo de gestión de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios del Régimen Subsidiado, en su artículo 42 establece que para la activación de la herramienta tecnológica MIPRES, la Entidad Territorial deberá remitir unos documentos: 1) Acto Administrativo a través se adopta el modelo de gestión de qué trata el artículo 11 de la Resolución 1479 y demás documentos operativos que se requieran para la implementación del nuevo modelo, 2) Certificación del representante legal de la entidad territorial en la cual se garantice la realización de la auditoria externa o interna para la verificación, control y pago de las solicitudes de reconocimiento derivadas de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado y servicios complementarios (...).

Que, en atención a lo anterior, la Secretaría de Salud de Boyacá- Departamento de Boyacá- expide la presente Resolución por medio de la cual se adopta el modelo de gestión de qué trata el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 y demás documentos operativos que se requieran para la implementación del modelo contentivo en el capítulo II.

Que, en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**TITULO I  
ASPECTOS GENERALES**

**Artículo 1º objeto:** La presente Resolución tiene por objeto adoptar 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.

**Artículo 2º. Ámbito de Aplicación:** La presente Resolución se aplicará 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.

**Artículo 3°. Modelo Adoptado:** la Secretaría de Salud de Boyacá- Departamento de Boyacá, previo análisis de la situación de salud del territorio, sus capacidades técnicas, operativas y financieras, adopta mediante el presente Acto Administrativo, el modelo que Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, definido en el Artículo 9 del capítulo II del título II de la Resolución 1479 de 2015, siguiendo las reglas establecidas para este y garantizando el acceso y la prestación de servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios del Departamento Boyacá.

**Artículo 4°. Financiación de la atención de los servicios y tecnologías de salud no incluidos en el plan de beneficios prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado:** Las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, provistos a usuarios del Régimen Subsidiado, se financiarán por Departamento de Boyacá de acuerdo a las diferentes fuentes de financiación que queden en el presupuesto de la vigencia fiscal correspondiente.

**Artículo 5°. Competencia exclusiva de la Secretaría de Salud de Boyacá de la atención en tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios:** La Secretaría de Salud de Boyacá, se limitará a verificar las solicitudes de cobro o recobro de afiliados a régimen subsidiado del Departamento que sean prescritas por los profesionales de la salud a través de la herramienta MIPRES o a través de fallos de tutela.

## TITULO II

### DOCUMENTOS Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO O COBRO

**Artículo 6°. Presentación de las solicitudes de recobro o cobro:** Las Administradoras de Planes de Beneficios deberán enviar comunicado oficial indicando el correo electrónico para envío de recobros o cobros y notificación de glosas antes del 31 de diciembre de 2018.

Las entidades recobrantes deberán presentar los recobros o cobros ante la Secretaría de Salud de Boyacá **máximo 6 meses** después de haber recibido las facturas por parte de las IPS, de lo contrario se le informará a la Superintendencia Nacional de Salud, debido a que la Secretaría debe propender por la

sostenibilidad financiera de todas las IPS del Departamento y así garantizar una mejor atención a la población.

Las entidades recobrantes deberán enviar los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes los archivos planos de los recobros o cobros al correo electrónico [radicacuentasmedicas@boyaca.gov.co](mailto:radicacuentasmedicas@boyaca.gov.co), en caso de que las entidades envíen después de esta fecha establecida o a otro correo electrónico, no se dará trámite a la solicitud de reconocimiento.

**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.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable.

Los planes de cuotas moderadoras y copagos de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, deberán actualizarse conforme a lo señalado en la normativa vigente aplicable, y remitirse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su fijación o modificación anual.

**Artículo 8. Documentos para el proceso de verificación de recobros o cobros:** Además de los documentos generales de presentación de recobros o cobros previstos en el artículo 7 del presente acto administrativo, para efectos de la verificación, las entidades recobrantes deberán radicar su solicitud junto con los siguientes documentos:

1. Solicitud de recobro o cobro.
2. Copia de factura de venta o equivalente.
3. Documento soporte donde se evidencie la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios.

**Parágrafo:** Documentos adicionales. Aunado a los anteriores la EPS debe aportar los siguientes documentos correspondientes al beneficiario del pago: RUT, Cámara de comercio de la respectiva vigencia o personería Jurídica para quienes aplique, certificación bancaria activa y demás que sean necesarios para el trámite de giro.

**Artículo 9. Requisitos esenciales para la etapa de auditoría integral:** Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que, por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro o cobro por la Secretaría de Salud de Boyacá, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación, para esto la Secretaría de Salud de Boyacá deberá consultar la información registrada en la Base de Datos Unica de Afiliados - BDUA.
2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para su fecha de prestación.
3. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.
4. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.
5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la Secretaría de Salud de Boyacá y se presenta por una única vez.
6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la Secretaría de Salud de Boyacá en los términos establecidos de radicación.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro o cobro deben ser consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos.
8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente.

La Secretaría de Salud de Boyacá adoptará su propio manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables en los procedimientos que integran el proceso de verificación y control consagrado en el presente acto administrativo, el cual será socializado y publicado en la página web de la entidad.



**Artículo 10. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro o cobro originadas por el profesional de la salud:** Cuando se trate de recobros o cobros originados en la prescripción del profesional de la salud, donde se solicite el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, además de los documentos de que tratan los artículos 7 y 8 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. El número de prescripción generado por la herramienta tecnológica de que trata la resolución 2438 de 2018, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recobro o cobro.

2. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro o cobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:

a) Si se trata de un medicamento:

- i) Reportarlo en CUM para medicamentos con registro sanitario o en el Identificador Único de Medicamento-IUM para medicamentos vitales no disponibles y según corresponda de acuerdo a la normatividad vigente. Identificar la opción terapéutica que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito, financiado con recursos de la UPC mediante la descripción en su Denominación Común Internacional (OCI) o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).
- ii) Registrar de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, los campos asociados al medicamento que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito financiado con recursos de la UPC.
- iii) Si el medicamento recobrado tiene comparador administrativo. Deberá reportar en CUM de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, e indicar el nombre en su Denominación Común Internacional (DCI) o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).

b) Si se trata de un procedimiento:

- i) Identificar el o los procedimientos que se utilizaron o descartaron en el tratamiento prescrito, financiados con recursos de la UPC de acuerdo a la codificación y denominación de la Clasificación Única de Procedimiento en Salud (CUPS).



- ii) Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código y descripción correspondiente, en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

Cuando el servicio solicitado por el profesional de la salud corresponda a un servicio complementario o producto de soporte nutricional de tipo ambulatorio deberá adjuntar el acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada. Para el caso de medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario además de la mencionada acta se deberá adjuntar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

3. Evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios, así:

- a) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio: firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud o servicio complementario, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.
- b) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.
- c) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

4. Cuando se trate de recobros o cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 9 de la presente resolución, deberá: i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social ii) así como registrar al usuario a quien se le suministró la tecnología en salud no financiada con recursos

de la UPC, en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

5. La entidad recobrante deberá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la Información que considera relevante en dicho proceso.

**Artículo 11. Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro o cobro originadas en fallos de tutela:** Para los recobros o cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 7 y 8 de la presente resolución las entidades recobrantes deberán allegar:

1. El número de prescripción generado por la herramienta tecnológica de reporte que soporta la presentación de la solicitud de recobro o cobro.

2. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.

Cuando por circunstancias ajenas a la entidad recobrante no sea posible aportar el fallo de tutela o éste se encuentre ilegible o incompleto, dicha entidad podrá presentar otras providencias judiciales que se hayan emitido en la actuación, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Así mismo, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo (i) la parte resolutive, (ii) la autoridad judicial que lo profirió y (iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportarse certificación del representante legal donde manifieste las circunstancias que le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.

3. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro o cobro, para el tipo de radicación teniendo en cuenta:

- a) Si se trata de un medicamento:
  - i) Reportarlo en CUM para medicamentos con registro sanitario o en el Identificador Único de Medicamento-IUM para medicamentos vitales no disponibles y según corresponda de acuerdo a la normatividad vigente. Identificar la opción terapéutica que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito, financiado con recursos de la UPC mediante la descripción en su Denominación



Común Internacional (OCI) o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).

- ii) Registrar de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, los campos asociados al medicamento que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito financiado con recursos de la UPC.
- iii) Si el medicamento recobrado tiene comparador administrativo. Deberá reportar en CUM de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, e indicar el nombre en su Denominación Común Internacional (DCI) o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).

b) Si se trata de un procedimiento:

- i) Identificar el o los procedimientos que se utilizaron o descartaron en el tratamiento prescrito, financiados con recursos de la UPC de acuerdo a la codificación y denominación de la Clasificación Única de Procedimiento en Salud (CUPS).
- ii) Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código y descripción correspondiente, en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

4. Evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios, así:

- a) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio: firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud o servicio complementario, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.
- b) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.

- c) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

5. Cuando se trate de recobros o cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 9 de la presente resolución, deberá: i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social ii) así como registrar al usuario a quien se le suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

En caso de que el profesional de la salud prescriba en la herramienta tecnológica las mencionadas prestaciones, y la justificación no sea suficiente para efectos del recobro o cobro, en la relación del nexo causal de la solicitud realizada por el profesional con el fallo de tutela y su cobertura, la entidad recobrante deberá completar la información relativa a la descripción del estado de salud del afiliado y lo ordenado en el fallo en la herramienta tecnológica. Lo anterior no implica devoluciones al profesional de la salud que realizó la prescripción para ampliación de la justificación en relación con los fallos de tutela.

Tratándose de tecnologías en salud o prestaciones sucesivas, además de lo previsto, se deberá indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

6. Cuando se trate de recobros o cobros originados en fallos de tutela por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir con los requisitos esenciales aquí establecidos, deberá i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine este ministerio ii) así como registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

7. La entidad recobrante deberá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría

integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la información que considera relevante en dicho proceso.

**Parágrafo.** Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se deberá relacionar en el archivo (TXT) que soporta su presentación, el número inicial único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia completa y legible del fallo de tutela.

**Artículo 12. Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente:** La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, deberá especificar:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura o documento equivalente, no esté discriminada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad podrá certificarlo.
4. Cuando la factura o documento equivalente incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente a la cual se imputa la certificación.
5. Certificación del representante legal de la entidad recobrante, en la que se indique a qué factura imputa la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
6. Constancia de pago cuando se requiera. En caso de que se trate de un documento ilegible deben contener un soporte de contabilidad que respalde el pago de manera clara; igualmente, estos documentos deben estar legalizados por quienes intervengan en ellos.

**Parágrafo 1.** Cuando se trate de cobros o cobros por medicamentos importados, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de

valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro o cobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en una única solicitud de recobro o cobro.

**Parágrafo 2.** Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada por el representante legal de la entidad recobrante, lo que se entenderá efectuado bajo la gravedad de juramento con la presentación de dicha certificación, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

**Parágrafo 3.** Para efectos del recobro o cobro por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, suministradas por Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

**Parágrafo 4.** A partir del 01 de abril de 2019 se deberá cumplir con los criterios y requisitos que se exigen para la factura electrónica en el marco de la normatividad expedida por Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), la Ley 1816 de 2016 artículo 308 parágrafo transitorio 2, el Decreto 2242 de 2015, la Resolución 000019 de 24 febrero 2016 y demás normas que adicionen, modifiquen o sustituyan.

**Parágrafo 5.** La facturación presentada por concepto de cobro debe generarse a nombre de la Gobernación de Boyacá NIT 891.800.498-1.

**Artículo 13. Agrupación de recobros o cobros:** Las entidades recobrantes deberán realizar la agrupación del recobro o cobro, en cualquiera de los siguientes esquemas: i) por afiliado o usuario de acuerdo con el origen del recobro o cobro, es decir los prescritos por el profesional de la salud en la herramienta tecnológica para prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, los autorizados por CTC y los ordenados por fallo de tutela por cada período de radicación. ii) En caso de que se facturen tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a un mismo afiliado, en diferentes prestadores o proveedores, la entidad recobrante

podrá presentar las solicitudes de recobro o cobro de dicho afiliado agrupadas por el prestador o proveedor.

### TITULO III

#### **VERIFICACION, CONTROL, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LAS TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**Artículo 14. Etapas del proceso de verificación y control:** Las solicitudes de recobro o cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas:

- o Pre-radicación
- o Radicación
- o Auditoría Integral
- o Pago

**Artículo 15. Pre-Radicación:** Esta etapa inicia con la presentación de la información correspondiente a cada solicitud de recobro o cobro (archivos .txt) por parte de la entidad recobrante en el formato establecido por la Secretaría de Salud de Boyacá como anexo técnico de la presente resolución, durante los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes.

En esta etapa se verifica la información registrada por la entidad recobrante contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos y la procedencia o no del reconocimiento del recobro o cobro.

La validación de la información registrada por la entidad recobrante, podrá generar los siguientes resultados:

- a) **El ingreso del recobro o cobro a la etapa de radicación:** Se presenta cuando la información supera todas las validaciones. La Secretaría de Salud de Boyacá comunicará a la entidad recobrante al correo electrónico que la entidad autorizó por escrito, los registros que superaron esta etapa para que envíen los soportes (imágenes) en un período máximo de tres (3) días hábiles.
- b) **El no ingreso del recobro o cobro a la etapa de radicación:** Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes. La Secretaría de Salud de Boyacá comunicará a la entidad recobrante al correo electrónico que la entidad autorizó por escrito, los motivos por los cuales no superaron esta etapa.

Parágrafo: La etapa de pre-radicación finaliza cuando la Secretaría de Salud de Boyacá comunica a las entidades recobrantes las solicitudes de recobro que pueden continuar a la etapa de radicación.

**Artículo 16. Radicación:** El objeto de esta etapa es que las entidades recobrantes, presenten las solicitudes de recobro o cobro que superaron la etapa de pre-radicación con sus soportes, a través del correo electrónico y que la Secretaría de Salud de Boyacá realice la verificación de que cada recobro o cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales de que trata el artículo 9 de la presente resolución.

Parágrafo. Si la entidad recobrante no aporta solicitud de recobros o cobros debidamente firmada por el representante legal y revisor fiscal o contador público, según corresponda, junto con su número de su matrícula profesional o dicha solicitud y soportes se presenten fuera del período de radicación establecido, el número de radicación se anulará y se entenderá como no presentada la respectiva solicitud.

Las entidades recobrantes deberán presentar los soportes de los recobros o cobros en medio magnético y serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro o cobro presentadas.

**Artículo 17. Eventos en los cuales se entenderá como no presentada la solicitud de recobro o cobro ante la carencia de requisitos:** La Secretaría de Salud de Boyacá cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante y entenderá por no presentadas las solicitudes de recobro o cobro que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. Existencia de sobrantes o faltantes de solicitudes de cada recobro o cobro.
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro o cobro.
3. Ausencia del número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones de las tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC o servicios complementarios aprobados por junta de profesionales.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro o cobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

7. Inconsistencia entre lo reportado en el medio magnético y los soportes documentales allegados en el recobro.

8. Ausencia de requisitos establecidos en los artículos 10 y 11 de la presente resolución.

**Parágrafo 1:** De acuerdo al resultado de la verificación la Secretaría de Salud de Boyacá actuará así: **(i) En caso de que la Secretaría de Salud de Boyacá, encuentre algún tipo de inconsistencia** procederá a anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro o cobro e informará a la entidad recobrante, a más tardar el último día del mes, **(ii) En caso de que la Secretaría de Salud de Boyacá, no encuentre ningún tipo de inconsistencia** procederá a informar a la entidad recobrante el inicio de la auditoría integral indicando el número y fecha de radicación, a más tardar el último día del mes.

**Parágrafo 2:** Las solicitudes de recobro o cobro presentadas oportunamente que fueron objeto de anulación en la etapa de radicación, sobre las cuales se han cumplido tres (3) años contabilizados a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, a que refiere el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, podrán ser presentadas nuevamente, por una única vez, en el periodo de radicación inmediatamente siguiente a la comunicación que informe sobre entrega de la documentación, por lo que se entenderán radicadas en término. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

**Artículo 18. Auditoría Integral:** En esta etapa la Secretaría de Salud de Boyacá realiza la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros o cobros en el ámbito de salud, financiero y jurídico.

**Parágrafo.** Los recobros o cobros que ingresen al proceso de auditoría integral se auditarán conforme al manual de auditoría de la Secretaría de Salud de Boyacá.

**Artículo 19. Resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro o cobro:**

**1. Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tendrá las siguientes variables:

- a. Aprobado total:** Cuando todos los ítems del recobro o cobro cumplan con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
- b. Aprobado con reliquidación:** Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro o cobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado o cobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.



c. **Aprobado parcial:** Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro o cobro.

**2. No Aprobado:** Cuando la totalidad de ítems del recobro o cobro no cumplan con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría de la Secretaría de Salud de Boyacá.

**Artículo 20. Notificación de los resultados:** El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro o cobro se comunicará por la Secretaría de Salud de Boyacá mediante comunicación oficial vía electrónica a las Entidades Recobrantes al correo electrónico que la entidad autorizó por escrito, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, el cual será máximo 60 días calendario posteriores a la fecha de radicación.

La misma contendrá entre otras:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número y fecha de radicación asignado por la Secretaría de Salud de Boyacá que identifica el paquete que contiene las solicitudes de recobro.
3. Resumen de la información de cantidad y valores de recobros o cobros por estado, régimen y tipo de radicación.
4. Medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro o cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría, indicando:
  - a. Resultado de la auditoría integral por recobro o cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
  - b. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del recobro o cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
  - c. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
  - d. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro o cobro presentado, conforme al manual de auditoría.



**Artículo 21. Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría:**

Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros o cobros, podrá enmendarlas técnicamente dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros o cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro o cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

**Parágrafo:** La subsanación incluirá el número único de radicación asignado por la Secretaría de Salud de Boyacá y el número de recobro o cobro asignado inicialmente por la entidad recobrante y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro o cobro allegados inicialmente, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría. Si la Secretaría de Salud de Boyacá dispone de la información soporte para el recobro o cobro no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.

**Artículo 22. Objeción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría:** La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros o cobros, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros o cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro o cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

**Parágrafo:** La objeción incluirá el número único de radicación asignado por la Secretaría de Salud de Boyacá y el número de recobro o cobro asignado inicialmente por la entidad recobrante y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Si la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro o cobro allegados inicialmente, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información. Si la Secretaría de Salud de Boyacá dispone de la información soporte para el recobro o cobro no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.

**Artículo 23. Imposibilidad de realizar nuevas radicaciones como mecanismo de objeción o subsanación:** Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de las

mismas, deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos anteriormente descritos y deberá incluir el número de radicación asignado por la Secretaría de Salud de Boyacá y el número único de recobro o cobro asignado inicialmente por la entidad recobrante, sin que resulte posible realizar una nueva radicación ya que esta se rechazará de manera inmediata en la etapa de radicación.

Las glosas no objetadas y no subsanadas dentro de los sesenta días calendario siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría, se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.

**Artículo 24. Días habilitados para la radicación de las objeciones y subsanaciones:**

El periodo habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones de los resultados de auditoría corresponderá a los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones y subsanaciones que cumplan los sesenta días para su presentación en días posteriores al día veinte (20) del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el periodo de radicación de objeciones inmediatamente siguiente. Si el último día habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de recobro el día hábil siguiente al último día autorizado.

**Artículo 25. Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada:** La Secretaría de Salud de Boyacá dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad recobrante, dentro de los sesenta días calendario siguientes a la radicación del documento. El pronunciamiento que efectúe, se considerará definitivo.

**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 moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos 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 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, ADRES 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 señale el listado de comparadores administrativos adoptado por este Ministerio el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
- 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 moderadora o copago que las Entidades Promotoras de Salud hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

- g) Los medicamentos no financiados con recursos de la UPC que sean objeto de compra centralizada no serán reconocidos y pagados por la Secretaría de Salud de Boyacá, cuando se trate de usuarios que inician el tratamiento por primera vez o que requiriendo usar más de un ciclo de tratamiento, éste se encuentre en su inicio.

Para los usuarios que se encuentren en tratamiento en curso y la EPS o EOC certifique mediante su representante legal la compra del tratamiento completo, del(los) medicamento(s) objeto de compra centralizada, o de un tratamiento diferente al suministrado por esta Secretaría, se reconocerán, previo proceso de auditoría integral por la Secretaría de Salud de Boyacá, al valor de compra de la Secretaría si hace parte de los medicamentos de compra centralizada o de acuerdo con la regulación de precios si aplica.

Cuando no se tenga existencia por parte de esta Secretaría de los medicamentos objeto de la compra centralizada, se reconocerán, previo procedimiento de auditoría integral al valor de compra de la Secretaría de Salud de Boyacá.

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 moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan

General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.

- 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 moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos 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 hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento o pago de los dispositivos médicos que se recobren 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 27. Pago de solicitudes de recobro o cobro aprobadas con reliquidación:** La Secretaría de Salud de Boyacá re liquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro o cobro, por las causales que se señalan a continuación:

- a) Cuando exista error en los cálculos del recobro o cobro.
- b) Cuando el valor recobrado de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC sea superior al valor máximo que se determine.
- c) Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.

**Artículo 28. Pago de solicitudes de recobro o cobro aprobadas parcialmente:** La Secretaría de Salud de Boyacá pagará parcialmente la solicitud del recobro, cuando se configure alguna de las siguientes causales:

- a) Cuando como consecuencia de las solicitudes del profesional de la salud o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones descritas en el Plan de Beneficios.
- b) Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría.

**Artículo 29. Transitoriedad:** Para efecto de dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en la presente resolución, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios prescritos con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, que no fueron derivadas de MIPRES y que fueron suministrados efectivamente al usuario, podrán ser presentados ante la Secretaría de Salud de Boyacá para surtir el proceso de auditoría integral, entre los días sexto (6º) y décimo (10º) hábil de cada mes, en la estructura establecida a través de la nota externa 2016332000303523 del Ministerio de Salud de fecha 13-12-2016.

- Las entidades recobrantes podrán presentar objeción o subsanación de glosas correspondientes a recobros o cobros que fueron radicados con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución y que no fueron derivados de MIPRES, los días veintiuno (21), veintidós (22), veintitrés (23), veinticuatro (24) y veinticinco (25) de cada mes.

- Las entidades recobrantes podrán presentar tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios surtidas con antelación al 1 de abril de 2019 dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente para cada caso.

**Artículo 30. Vigencia:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

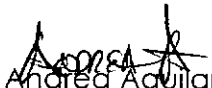
**PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Tunja- Boyacá a los **15 MAR 2019**



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

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

Proyectó y Elaboró:  **Andrea Aguilar** - Profesional Especializado Contratista

 **Judy Rodriguez** - Técnico Administrativo

**ANEXO 1**

**FORMATO PRESCRIPCIONES MIPRES**

<b>NOMBRE CAMPO</b>	<b>LONGITUD</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>
Nro Prescripción MIPRES	20	N	
Fecha Prescripción MIPRES	10	F	AAAA-MM-DD
Tipdocafiliado	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
Numdocafiliado	17	A	
PrimerApellido	60	A	
SegundoApellido	60	A	
PrimerNombre	60	A	
SegundoNombre	60	A	
Código EPS	6	A	
Tipo Identificación IPS	2	A	NI
Número Identificación IPS	17	N	
Número Factura	26	A	
Nro. Item	4	N	
Fecha Emisión Factura	10	F	AAAA-MM-DD
Fecha Prestación de Servicios	10	F	AAAA-MM-DD
Tipo de servicio o Tecnología	2	A	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y Dispositivos





NOMBRE CAMPO	LONGITUD	TIPO	VALORES PERMITIDOS
			Médicos OS: Otros Servicios
Código Servicio o Tecnología	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.
Nombre Servicio o Tecnología	300	A	
Consuministro	4	N	
VlrUnit	13 dígitos más 2 decimales	N	
VlrTotal	13 dígitos más 2 decimales	N	
Vlr Cuota Moderado	13 dígitos más 2 decimales	N	
Valor Recobrado	13 dígitos más 2 decimales	N	
Constancia de Pago	1	N	0: NO 1: SI

**ANEXO 2**

**FORMATOS TUTELAS MIPRES**

<b>NOMBRE CAMPO</b>	<b>LONGITUD</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>
Nro Tutela MIPRES	20	N	
Fecha Tutela MIPRES	10	F	AAAA-MM-DD
Tipdocafiliado	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
Numdocafiliado	17	A	
PrimerApellido	60	A	
SegundoApellido	60	A	
PrimerNombre	60	A	
SegundoNombre	60	A	
Código EPS	6	A	
Tipo Identificación IPS	2	A	NI
Número Identificación IPS	17	N	
Número Factura	26	A	
Nro. Item	4	N	
Fecha Emisión Factura	10	F	AAAA-MM-DD
Fecha Prestación de Servicios	10	F	AAAA-MM-DD
Tipo de servicio o Tecnología	2	A	MD: Medicamento PD: Procedimiento IN: Insumos y Dispositivos Médicos OS: Otros Servicios



NOMBRE CAMPO	LONGITUD	TIPO	VALORES PERMITIDOS
Código Servicio o Tecnología	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.
Nombre Servicio o Tecnología	300	A	
Cansuministro	4	N	
VlrUnit	13 dígitos más 2 decimales	N	
VlrTotal	13 dígitos más 2 decimales	N	
Vlr Cuota Moderado	13 dígitos más 2 decimales	N	
Valor Recobrado	13 dígitos más 2 decimales	N	
Constancia de Pago	1	N	0: NO 1: SI