



RESOLUCION No.

0087

De fecha 27 de marzo de 2019.

**“ Por medio de la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso, reporte de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiada por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios, provistas a los afiliados a cargo del Departamento Córdoba y se dictan otras disposiciones”**

**EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL DE  
CORDOBA**

En uso de las facultades legales y reglamentarias, en especial las contenidas en las Leyes 715 de 2001, Ley 1751 de 2015, Ley 1797 de 2016 y las Resoluciones 1479 de 2015 artículos 4, 11 y 12, modificada en su artículo 3 por la Resolución 1667 de 2015, la Resolución 5269 de 2017 y en especial las contenidas en la Resolución 1438 de 2018.

**CONSIDERANDO**

Que de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1797 de 2016, las Entidades Territoriales están obligadas a gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta

Que la Ley 1751 de 2015 establece la obligatoriedad de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de oportunidad, integralidad, disponibilidad y continuidad. Y sin consideraciones de índole administrativa, financiera o técnica para garantizar el goce pleno y efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14 establece que las Empresas Promotoras de Salud están obligadas a prestar los servicios de salud de manera integral a través de la articulación de su red prestadora y bajo los atributos de calidad de la atención y prestación de los servicios y tecnologías en salud.

Que mediante la Resolución 5269 de 22 de diciembre de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social modificó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, vigente para la vigencia 2018.

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co

*[Firma manuscrita]*



Que mediante la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, modificada por la Resolución 1667 del 20 de mayo de la misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el *"procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado"*.

Que el artículo 4º de la Resolución 1479 de 2015, permite a los Entidades Territoriales adoptar uno de los modelos descritos en los capítulos I y II [Ibíd.], una vez analizada la situación de salud de cada territorio en conjunto con las capacidades técnicas, operativas y financieras de la Dirección Territorial de Salud.

Que las Entidades Territoriales deberán aplicar las reglas relacionadas con el valor a pagar por los servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, acogiéndose a lo establecido por el artículo 12 de la Resolución 1479 de 2015.

Que en cualquiera de los modelos previstos en la Resolución indicada, las Entidades Territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en salud que hayan superado el procedimiento de verificación y control descrito por la Resolución 2438 de 2018 y podrán establecer mecanismos que permitan la realización de pagos previos.

Que el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 ordena que cada Ente Territorial adopte mediante Acto Administrativo el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

Que dicho artículo señaló además que el Acto Administrativo debe incluir los soportes que acompañarán la solicitud, el periodo del mes y el lugar donde deberán ser presentadas, el tiempo que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría y demás elementos necesarios que permitan establecer la obligación del pago por los servicios efectivamente prestados a los usuarios.

Que mediante la Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó el *"el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"*.

Que en la Resolución 2438 de 2018, se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co

*Yap*



Que mediante la Resolución No. 001335 de fecha 03 de junio de 2015 y modificada por la Resolución No. 002168 de fecha 7 de agosto de 2015, la Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba adoptó el modelo de prestación de servicios contenido en el Capítulo Segundo del Título II de la Resolución 1479 de 2015 y aquellas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, para realizar la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios, la población beneficiaria del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo del Departamento de Córdoba.

Que en orden a dar cumplimiento al artículo 11 de la Ley 1479 de 2015 la Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba requiere modificar la Resolución No. 002168 de fecha 7 de agosto de 2015, por cuanto se debe transformar el procedimiento adoptado en los ARTÍCULOS SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO, SEXTO Y SEPTIMO, al que se establezca en el presente Acto Administrativo, de forma que se derogarán tales disposiciones.

En mérito de lo expuesto el Secretario de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba.

#### RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO: Objeto.** La presente Resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de la Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba, para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para todos los casos, el suministro de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado del Departamento de Córdoba se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado, proveedores y/o IPS, de la red de las Entidades Promotoras de Salud

**ARTÍCULO TERCERO: DEFINICIONES:** se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co

*[Firma]*



de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud (MIPRES), que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. **Recobro.** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante La Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.
3. **Cobro.** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante La Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.
4. **Entidad recobrante.** Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la Administradora de los Recurso del sistema General de Seguridad Social en salud anteriormente Al Fondo de Solidaridad y Garantía —FOSYGA o quien haga sus veces, en este caso el ente territorial, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.
5. **Tecnología en salud.** Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 5592 de 2015 o la norma que la modifique o adicione.
6. **Servicio único:** Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
7. **Servicio sucesivo:** Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.
8. **Servicios o tecnologías complementarias:** Corresponde a un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co

*[Firma]*



9. **Servicio ambulatorio priorizado:** Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.
10. **Servicios no financiados con recursos del Sistema de Salud:** Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; y) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.
11. **Soporte Nutricional:** Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.
12. **Junta de Profesionales de la Salud:** grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.
13. **Médico (o profesional) par:** Es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.
14. **Usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS).** Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.
15. **Enfermedades Huérfanas.** Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.
16. **Comparador administrativo.** Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/ cobro.

Palacio de Naín - Colle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co

410



17. **Cuidador:** aquel que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de Beneficios en salud cubierto por la UPC.
18. **Medicamentos vitales no disponibles:** conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta "indispensable e irremplazable para salvaguardarla vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes". Adicionalmente, también se incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles. Otros agentes: actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que realizan el suministro efectivo.
19. **Profesional de la salud:** para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías: médicos, optómetras y odontólogos.
20. **Profesional de la salud par:** Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Si la prescripción se realiza por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.
21. **Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no financiadas con recursos de la IJPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios:** Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS o las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud prescritas que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.
22. **Servicio ambulatorio no priorizado:** prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario.
23. **Servicios complementarios:** servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad Comprende:

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co X

Yap



**23.1 Servicio:** Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.

**23.2 Tecnología:** Conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.

**24. Tecnología en salud por conexidad o derivada de una complicación:** tecnología en salud que haciendo parte del Plan de Beneficios por ser conexas o derivadas de una complicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC deben ser prescritas y cobradas ante las entidades territoriales a través de la herramienta tecnológica. El profesional de la salud habilitado por la EPS podrá reportarla en la herramienta tecnológica de acuerdo con la presente resolución, indicando la tecnología no financiada que le dio origen.

**25. Suministro efectivo:** entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la IJPC o del servicio complementario prescrito por profesional de la salud u Ordenada mediante fallo de tutela, la cual podrá realizar la IPS u otro agente del SGSSS, conforme a las reglas y obligaciones del presente acto administrativo.

**26. Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud. Así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención.

**ARTICULO CUARTO: Responsabilidad de los actores.** De acuerdo a lo señalado en la Resolución 2438 de 2018, las responsabilidades de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, son las señaladas corresponden a las siguientes:

**1. Profesional de la salud.** Corresponde a los profesionales de la salud:

i) Prescribir las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por junta de profesionales,

ii) Reportar la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario en la herramienta tecnológica dispuesta para ello.

iii) Complementar o corregir la información relacionada con la prescripción en caso de ser necesario,

iv) Utilizar correctamente los formularios de contingencia en los casos previstos en la presente resolución.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co X

4.4



v) Diligenciar correctamente la herramienta tecnológica.

**2. Entidades Promotoras de Servicios - Corresponde a las EPS:**

i) Garantizar a través de la red de prestadores o proveedores definida, el suministro oportuno de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud, en los eventos en que la entidad territorial haya optado por el modelo establecido en el capítulo II del Título II de la Resolución 1479 de 2015;

ii) Cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de cobro definidos por las entidades territoriales que hayan optado por el modelo de garantía de suministro a través de su red contratada;

iii) Disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones;

iv) Realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación, resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio;

v) Realizar la transcripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin o en los formularios de contingencia conforme el presente acto administrativo;

vi) Reportar a este Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata esta resolución;

vii) Establecer canales de comunicación eficientes y brindar información adecuada y veraz, que permita dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios,

viii) Garantizar la capacitación e idoneidad del personal;

ix) Las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

**3. Instituciones Prestadoras de Salud - IPS. Es responsabilidad de las IPS:**

i) Suministrar, dispensar o realizar las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como servicios complementarios prescritos por los

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co

*[Firma manuscrita]*



profesionales de la salud en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS.

ii) Utilizar la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio para que sus profesionales de la salud prescriban dichas tecnologías en salud o servicios complementarios,

iii) Recaudar los dineros pagados por concepto de cuotas de recuperación;

iv) Brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones,

v) Entregar a las EPS y a la autoridad competente toda la información relacionada con suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios,

vi) Gestionar la conformación de las juntas de profesionales de la salud y velar por el cargue oportuno de sus decisiones cuando aplique.

vii) Establecer canales de comunicación eficientes que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios, propendiendo por la garantía de la prestación de los servicios de salud;

viii) Garantizar la capacitación e idoneidad del personal,

ix) Brindar información adecuada y veraz en forma oportuna de acuerdo con las responsabilidades de los actores establecidas en esta resolución;

x) Cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de cobro definidos por las entidades territoriales que hayan optado por el modelo de garantía de suministro centralizado y,

xi) Las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente Resolución.

**4. Proveedores:** Es responsabilidad de los proveedores:

i) Suministrar las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado prescritas por los profesionales de la salud, en el marco de las obligaciones contractuales con Las EPS.

ii) Presentar ante la EPS o las entidades territoriales en los términos por estos determinados, según sea el caso, los soportes de cobro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado o de los servicios complementarios, efectivamente suministrados.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co X

Handwritten signature



**5. Entidades territoriales:** Es responsabilidad de los departamentos y distritos:

i) Garantizar el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y de los servicios complementarios, a través de los modelos de gestión de suministro que haya adoptado en virtud de la Resolución 1479 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya;

ii) Realizar la verificación y control de las solicitudes de cobro derivadas del suministro de Tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y de servicios complementarios, garantizando el adecuado uso de los recursos;

iii) Garantizar el adecuado flujo de los recursos. En relación con los pagos de las solicitudes de cobro derivadas del suministro de tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la OPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios;

iv) Realizar el análisis de su territorio, con fundamento en la información registrada en la herramienta tecnológica, el cual podrá ser publicado por la entidad territorial o remitido a las sociedades científicas para lo pertinente.

**6. Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social —SISPRO.** A este Ministerio a través del SISPRO le corresponde

i) Facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización de la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución. Así como analizar la información resultante del proceso de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de los servicios complementarios.

ii) Realizar a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial los análisis de los datos de la información prescrita en el marco de sus funciones.

**ARTÍCULO QUINTO.** Reporte de prescripción, juntas de profesionales de la salud y suministro. *La Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba adopta lo establecido en el TÍTULO II de la Resolución 2438 de 2018, con respecto a Reporte de prescripción, Juntas de profesionales de la Salud y suministro de las prescripciones de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.*

**ARTÍCULO SEXTO.** Transparencia en la garantía de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. *La Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba, adopta lo establecido en el Título III de la Resolución 2438 de 2018.*

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co



**ARTÍCULO SEPTIMO. Manual de auditoría.** Adóptese el Manual de Auditoría Integral que hace parte del presente acto administrativo como anexos 1 y 2.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio que corresponden a las referidas en el Manual de Auditoría Integral, en plena concordancia y armonía también con las definidas en la Circular Externa No. 04 de 2018 emanada de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos médicos y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

**ARTÍCULO OCTAVO. Etapas del proceso de verificación y control.** Ingresarán a esta etapa todas las tecnologías prestadas por las IPS y/o proveedores de servicios prescritas a través de la herramienta tecnológica MIPRES a partir del día en que el Ministerio de Salud active la prescripción en la Plataforma MIPRES, sin excepción, para lo cual las EPS respectivas deberán disponer de los mecanismos necesarios para garantizarlas, las solicitudes de recobro/ cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control dispuesto en el manual de auditoría integral adoptado por La Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba que hace parte integral de esta resolución que para tal efecto y que contara con las siguientes etapas:

1. **Etapa de radicación:** El objeto de esta etapa es presentar ante La Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba, los formatos para la solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente. Incluye verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales.
2. **Etapa de auditoría integral:** el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme el manual de auditoría.
3. **Etapa de Pago:** el objeto de esta etapa es generar el pago del recobro/cobro, conforme a los resultados obtenidos una vez a surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente.

**ARTÍCULO NOVENO. Financiación.** De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y lo establecido en el artículo 3 de la resolución 1479 de 2015, la que lo adiciones modifique o complemente, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud se financiarán con los recursos asignados para tal efecto La Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba del Sistema General de Participaciones - Sector Salud - Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados a la financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás recursos previstos en la normativa vigente para el sector salud.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co

*[Firma]*



**ARTÍCULO DECIMO. Servicios brindados a las víctimas de que trata la ley 1448 de 2011.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tramitarán por el procedimiento de recobro/cobro previsto en la presente Resolución, los servicios de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima o su grupo familiar.

**ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. Fijación de períodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros.** La Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba radicará las cuentas médicas durante los 15 primeros días calendario de cada mes, en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, períodos de radicación o ampliar los previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin y se publicará en la página web de la institución para tal efecto. Estos periodos están establecidos en el manual de auditoría que forma parte de este acto administrativo

**ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.** Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, La Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba, definirá los formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.

**ARTÍCULO DECIMO TERCERO. Exclusiones del sistema de seguridad social en salud.** La Secretaria de Desarrollo de la Salud no reconocerá las exclusiones que cumplan los criterios determinadas en el artículo 126 de la resolución 5269 del 2017 o contenidas en la Resolución 5267 del 2017 y las normas que en el contexto del proceso establecido por la resolución 0330 del 2017 las adicione y/o modifique complementen o sustituyan, puesto que no son de su competencia. Excepto para dar cumplimiento a fallos de tutela en cuyo caso adelantara las acciones de cobro y/o jurídicas pertinentes para recuperar los recursos invertidos para tal efecto ante las entidades responsables o competentes.

**ARTÍCULO DECIMO CUARTO. Transitorio.** En aplicación del artículo 46 de la Resolución 2438 de 2018, mientras La Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba es activado en el aplicativo MIPRES no PBS, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios deberán continuar surtiendo el trámite de aprobación ante el Comité Técnico Científico, de conformidad con lo establecido en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.

La Secretaria de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba, adoptará un plazo de 3 meses contados a partir de la fecha de activación en el aplicativo, para que las EPS

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



e IPS presenten toda la facturación autorizada por Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallo de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica; las solicitudes de pago por concepto de tecnologías en salud y servicios complementarios no cubiertos en el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado producto de CTC y/o fallos de tutelas serán auditadas según las *Etapas del proceso de verificación y control* establecidas en el manual de auditoría adoptado por la Secretaría de Desarrollo de la Salud Departamental de Córdoba el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO DECIMO QUINTO. Vigencia y derogaciones.** La presente Resolución rige a partir del primero (1) de Abril de 2019 y deroga las disposiciones que le sean contrarias, específicamente los artículos SEGUNDO, TERCERO, CUARTO, QUINTO, SEXTO Y SEPTIMO Resolución No. 002168 de fecha 7 de agosto de 2015 de la Secretaría de Desarrollo de la salud Departamento de Córdoba y las demás disposiciones, adiciones y modificaciones continúan vigentes.

Dada en Montería, a los veintisiete (27) días del mes de Marzo de 2019.

**PUBLÍQUESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

  
**EMBERT CRISTIAN AMAYA PRETEL**  
Secretario de Desarrollo de la Salud  
Gobernación de Córdoba.

Proyecto: Ana V Muentes  
Revisó: Jairo Vargas M.  
Aprobó: Carmelo Marsiglia

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



ANEXO 1.

**MANUAL DE AUDITORIA INTEGRAL PARA EL COBRO Y RECOBRO DE LAS  
TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIO CARGO  
A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO MIPRES-TUTELAS**

**SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD  
CORDOBA**

2019

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



## TABLA DE CONTENIDO

PROPOSITO .....	15
ALCANCE.....	15
NORMATIVA Y DOCUMENTOS EXTERNOS.....	16
DEFINICIONES.....	19
<b>PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y     TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIO CARGO     A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO.....</b>	<b>25</b>
ETAPA DE RADICACION Y VALIDACION .....	27
ETAPA DE AUDITORIA INTEGRAL.....	30
AUDITORÍA PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS GENERALES.....	31
AUDITORÍA PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES .....	31
GLOSAS POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES .....	45
RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES.....	53
CRITERIOS QUE SE APLICAN EN LA OBJECIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL.....	55
CRITERIOS QUE SE APLICAN A LA SUBSANACIÓN DE GLOSAS APLICADAS.	56
ETAPA DE PAGO.....	61



## PROPOSITO

El propósito fundamental de este documento consiste en establecer y estandarizar los criterios de verificación objeto de evaluación durante la realización de la auditoría integral a las solicitudes de pago presentados ante la SDSC por concepto de recobros/cobros de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC de los afiliados del régimen subsidiado y servicios complementarios, requisitos previstos en la Resolución 1479 de 2015, Resolución 2438 de 2018 modificada por la Resolución 3055 de 2018; En este sentido, el presente manual constituye un documento de referencia y guía a los diferentes actores del SGSSS para tener veracidad, claridad, consistencia, completitud, legibilidad y precisión de la información que se radica y audita en las solicitudes de cobro derivadas de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC de los afiliados del régimen subsidiado y servicios complementarios, garantizando que éstas se realicen dentro de los términos y condiciones que se indican en la normatividad vigente o las establecidas por el Ente Territorial en ejercicio de sus facultades y autonomía, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

## ALCANCE

Las disposiciones contenidas en este manual están dirigidas y su contenido aplica a los siguientes actores involucrados en el proceso:

- Entidades solicitantes del Pago: Entidades Promotoras de Salud (EPS) y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que garantizaron a sus afiliados o usuarios el suministro efectivo de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficio del Régimen Subsidiado o servicios complementarios, prescritos por los profesionales de la salud u ordenados por un fallo de tutela reportados a través de la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social "reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC – MIPRES NO PBS".



- Ente territorial: personal de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba encargado de la radicación, auditoría y pago de los cobros/recobros por concepto las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficio con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado.

## NORMATIVA Y DOCUMENTOS EXTERNOS

### Leyes

Nº LEY	ASUNTO
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1764 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen las rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re-direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

### Decretos

Nº DECRETO	ASUNTO
Decreto Ley 019 de	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar



2012	regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

#### Resoluciones

No. RESOLUCIÓN	ASUNTO
Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
Resolución 2635 de 2014	Por la cual se definen las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes
Resolución 1531 de 2014	Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS y su ámbito de aplicación.
Resolución 0122 de 2015	Por la cual se modifica la Resolución 2635 de 2014 que define las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes
Resolución 0718 de 2015	Por la cual se autoriza el ajuste por IPC para los precios de los medicamentos regulados en las Circulares 04, 05 y 07 de 2013 y 01 de 2014, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Resolución 5171 de 2017	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 483 de 2018	Por la cual se modifica la resolución 5171 de 2017 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS -
Resolución 5267 de 2017	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud
Resolución 5269 de 2017	Por la cual autoriza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 483 de 2018	Por la cual se modifica la Resolución 5171 de 2017 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 2438 de	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



2018	de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1479 de 2015	Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado.

#### Circulares

Nº Circular	ASUNTO
Circular Externa 010 de 2006	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias.
Circular 024 de 2016	Protección de los recursos del SGSSS — deber de las entidades destinatarias de recursos de dicho sistema, de emplear los mecanismos legales para su defensa en sede jurisdiccional frente a medidas cautelares decretadas en su contra.

Nota: Se tendrán en cuenta todas las circulares emitidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMSM) y las disposiciones relacionadas con el régimen de control directo de precios de medicamentos.

#### Notas externas

No. Nota Externa	ASUNTO
201433200152233	Adopción del anexo técnico de Comparadores Administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios.

Se tendrán en cuenta todas las notas emitidas por el Ministerio de Salud y otras autoridades que se relacionen con los comparadores administrativos.

#### Sentencias

Sentencia T-760 del año 2008 y el auto 001 de 2017

De igual manera, se tendrán en cuenta dentro del marco normativo del presente manual todas las instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



Social así como también las emitidas por la Superintendencia Nacional de salud; se tendrán en cuenta las normas que sustituyan, adicionen o modifique las normas anteriormente mencionadas.

La Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba analizando la situación de salud y sus capacidades técnicas, científicas, operativas y financieras, decide mediante Resolución No. 001335 de fecha 03 de junio de 2015 y modificada por la Resolución No. 002160 de fecha 7 de agosto de 2015 por medio de la cual se adopta el modelo establecido en el capítulo II según de la Resolución 1479 de 2015 que establece "GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS CUBIERTAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD A TRAVES DE LAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE TIENEN AL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD".

## DEFINICIONES

1. **Comparador administrativo:** Tecnología en salud financiada con recursos de la UPC que las entidades solicitantes del pago utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de cobro.
2. **Enfermedades huérfanas:** Son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.
3. **Ítem de la prescripción:** Cada tecnología en salud o servicio complementario que se solicita en una misma prescripción.
4. **Junta de profesionales de la salud:** Grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar una tecnología en salud, un servicio complementario, un soporte nutricional ambulatorio o un medicamento incluido en el listado temporal de usos no incluidos en registro sanitario, prescritos por el profesional de la salud.
5. **Medicamentos vitales no disponibles:** Conforme a lo dispuesto en el artículo 2º del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta *"indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes"*. Adicionalmente, también incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa entidad a través del listado de medicamentos vitales no disponibles.



6. **Otros agentes:** Actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que realizan el suministro efectivo.
7. **Prestaciones no financiadas con recursos del sistema de salud:** Tecnologías o servicios que adviertan los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya; así como las que hagan parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.
8. **Prestación sucesiva:** Tecnología en salud o servicio complementario que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.
9. **Profesional de la salud:** Para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías: médicos, optómetras y odontólogos.
10. **Profesional de la salud par:** Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Si la prescripción se realiza por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.
11. **Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios:** Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS o las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las juntas de profesionales de la salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante la herramienta tecnológica dispuesta por este ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud prescritas que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.
12. **Servicio ambulatorio no priorizado:** Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario.
13. **Servicio ambulatorio priorizado:** Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.
14. **Servicios complementarios:** Servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad. Comprende i) Servicio: Organización y personal destinados a cuidar intereses



- o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada. ii) Tecnología: Conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.
- 15. Tecnología en salud por conexidad o derivada de una complicación:** Tecnología en salud que haciendo parte del plan de beneficios por ser conexas o derivadas de una complicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC deben ser prescritas y cobradas ante las entidades territoriales a través de la herramienta tecnológica. El profesional de la salud habilitado por la EPS podrá reportarla en la herramienta tecnológica de acuerdo con la presente resolución, indicando la tecnología no financiada que le dio origen.
- 16. Soporte nutricional:** Aporte de nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales de un individuo, bien sea a través de nutrición parenteral, enteral o mixta, dadas sus condiciones cuando no es posible o aconsejable alimentarlo mediante la nutrición convencional.
- 17. Suministro efectivo:** Entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario prescrito por profesional de la salud u ordenada mediante fallo de tutela, la cual podrá realizar la IPS u otro agente del SGSSS, conforme a las reglas y obligaciones del presente acto administrativo.
- 18. Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención.
- 19. Usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS):** Uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.
- 20. Evidencia de entrega:** Prueba que permite a la entidad solicitante del pago demostrar que el servicio o la tecnología prescrita o aprobada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada al mismo.
- 21. Factura de venta:** Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario y que el proveedor del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, entrega al comprador de la misma.
- 22. Factura del agente aduanero:** Documento que expide la persona jurídica que ejerce el agenciamiento aduanero, autorizadas por la DIAN para ejercer una actividad de naturaleza mercantil y de servicio, orientada a garantizar que los usuarios de comercio exterior que utilicen sus servicios cumplan con las normas legales existentes en materia de importación, exportación y tránsito aduanero y cualquier operación o procedimiento aduanero inherente a dichas actividades.



23. **Fallo de tutela:** Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.
24. **Firmas:** Corresponden al registro autógrafo o digital que respalda un documento físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y de ser vinculado con su contenido. Las firmas digitales que se incorporan en los documentos electrónicos deben cumplir con los siguientes atributos: i) ser única a la persona que la usa y estar bajo su control exclusivo, ii) poder ser verificada, iii) estar ligada al mensaje, de tal forma que si este es cambiado queda invalidada, iv) estar conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional y cuente con una refrendación de una entidad acreditadora, ya que solo las firmas en comento otorga eficacia probatoria a los documentos que respalda.
25. **Forma farmacéutica:** Forma física en que se presenta un producto farmacéutico terminado, que tiene como objetivo fundamental proteger el fármaco y facilitar su dosificación y aplicación terapéutica, tales como: tableta, cápsula, gragea, polvo para suspensión, solución inyectable.
26. **Fórmula o preparación magistral:** Preparado o producto farmacéutico elaborado por un químico farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.
27. **Fórmula u Orden médica:** documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe una tecnología en salud, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, con fines de promoción y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
28. **Glosa:** no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro/cobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.
29. **Identificación del usuario:** Corresponde al número y tipo de identificación del usuario para el cual se prescribió el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, o el fallo de tutela que ordena el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
30. **Insumo médico:** Artículo, instrumento, aparato o artefacto, máquina, software, equipo biomédico, utilizado solo o en combinación, incluyendo componentes, partes o accesorios fabricados, para uso en diagnóstico, tratamientos, restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura corporal en un ser humano.
31. **Ítems del recobro/cobro:** Corresponde a cada servicio o tecnología en salud presentada en un mismo recobro/cobro para verificación y pago.



32. **Identificador único del medicamento - IUM4:** Es un código único, invariable y de uso público que se le asigna a cada medicamento, de acuerdo a los niveles del estándar. El IUM permitirá relacionar el medicamento en su descripción común, con el medicamento comercial y la presentación comercial. Está compuesto por trece dígitos.
33. **Junta de Profesionales de la Salud:** Corresponde a un grupo tres (3) profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del Listado UNIRS o reportados por las sociedades científicas, prescritos por el profesional de la salud.
34. **Número de Prescripción:** Corresponde al número asignado por aplicativo MIPRES, una vez ha finalizado el diligenciamiento de la prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC o aprobada por la Junta de Profesionales de la Salud.
35. **Número único de radicación (NUR):** Corresponde a la identificación asignada por el sistema dispuesto por la Secretaría de Desarrollo de la Salud, para la radicación de solicitudes de recobro/cobro.
36. **Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC (PBS-UPC):** conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.
37. **Precio regulado:** Valor establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, para algunos medicamentos con base en una metodología que establece los medicamentos que ingresan al régimen de control directo de precios.
38. **Prestación de salud única repetida:** Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, y que requiere la misma intervención por presentar una complicación, recurrencia o por ser consecuencia de una posible mala práctica o evento adverso.
39. **Entidad solicitante del pago:** Entidad Promotora de Salud que garantizó el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado o servicios complementarios, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan ante la SDS el reconocimiento de pago.
40. **Proveedor:** Persona natural o jurídica que suministra a la entidad solicitante del pago una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.
41. **Recobro:** Solicitud presentada por una entidad recobrante (EPS) ante la SDSC, a fin de obtener el pago de las solicitudes por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud.
42. **Requisitos esenciales del recobro/cobro:** Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al verificarse por el auditor



permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por la SDSC.

43. **Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED):** Sistema de información que suministra los datos necesarios para analizar y controlar el comportamiento de los precios de los medicamentos en Colombia y de esta manera orientar la regulación del mercado de medicamentos en el país.
44. **Soporte Documental:** Documento que se aporta para la conformación de un recobro/cobro.
45. **Tecnología en salud:** Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico, insumo o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 6408 de 2016 o la norma que la modifique o adicione.
46. **Usuario del servicio de salud:** Persona natural habitante del territorio nacional, afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluida en la Base de Datos Única de Afiliados.
47. **Cobro:** Solicitud presentada por una entidad cobrante ante la SDSC, a fin de obtener el pago de cuentas, realizado directamente por el proveedor o prestador de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC-RS, cuyo suministro fue garantizado a los afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, o prescrito a través de la plataforma MIPRES caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará de acuerdo a lo señalado en la Resolución 1479 de 2015.
48. **Cuota de recuperación:** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las IPS en los siguientes casos: 1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación; 2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel dos del SISBEN pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes; 3. Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento; 4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2; 5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena. El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.
49. **MYT – R:** formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (prescripción y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada, este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad solicitante del pago.



50. **Cuidador:** aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaría a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC (Res. 5928/ 2016).
51. **SDSC:** Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba.
52. **PBS UPC:** Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
53. **Servicio o Tecnología en Salud No incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:** corresponde a aquella tecnología que no se encuentra incluida o descrita en la Resolución 5592 de 2015, con sus anexos 1, 2 y 3, que hacen parte integral del mismo acto administrativo, en la Resolución 0001 de 2016 y demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

#### **PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIO CARGO A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO.**

El proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro ante la SDSC surtirán las etapas de radicación, auditoría integral y pago de conformidad con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 o cualquier norma que la modifique, adicione o sustituya; los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte la SSSC.

**Etapas de radicación:** El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad solicitante del pago con el fin establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales que pudieren estar cursando. Se deben presentar los formatos respectivos como la solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente.

**Etapas de auditoría integral:** El objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme el manual de auditoría.

**Etapas de Pago:** el objeto de esta etapa es generar el pago del recobro/cobro, conforme a los resultados obtenidos una vez a surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



Para efectos de llevar a cabo con éxito el proceso de verificación, control y pago de acuerdo con el Decreto Ley 1281 de 2002, las entidades solicitantes del pago deben garantizar que la información de los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos sea: **i)** completa, **ii)** clara, **iii)** cierta, **iv)** oportuna, **v)** verificable, **vi)** comprensible, **vii)** precisa, **viii)** útil, **ix)** actualizada y **x)** consistente; por su parte la SDSC debe garantizar el recurso humano competente, recursos tecnológicos software, condiciones de infraestructura, suministro e insumos.

Durante el proceso de verificación, control y pago se tendrán en cuenta los siguientes requisitos:

#### **Requisitos Generales:**

Son aquellos soportes documentales que deben anexar por cada solicitud de pago las entidades al momento de radicar el cobro/recobro, su validación estará a cargo de la oficina de radicación.

- Copia de factura de venta o documento equivalente que cumpla requisitos DIAN.
- Copia del fallo de tutela o prescripción médica en el aplicativo MIPRES.
- Formato de solicitud de cobro/recobro, definido por el SDSC (MYT 01).
- Constancia de paz y salvo con el prestador (recobros).
- 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.
- Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
- RIPS, y medios magnéticos requeridos para el pago.
- Soportes de la prestación del servicio (Historia clínica).
- Acuerdo de voluntades entre prestador (IPS) y asegurador (EPS) que especifique tarifas pactadas.
- Demás soportes que la entidad recobrante considere necesarios y que aporten información adicional.

#### **Requisitos Esenciales:**

Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al validarse/verificarse permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la



solicitud del recobro/cobro por la SDSC, sin el cumplimiento de estos no es posible realizar la etapa de auditoría.

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no PBS- UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación.
2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por su PBS-UPC para su fecha de prestación.
3. El servicio o la tecnología en salud no PBS-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 PBS-UPC fue efectivamente suministrada al usuario.
5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC corresponde a la SDSC y se presenta por una única vez.
6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC se realiza ante la SDSC en el término establecido.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son 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.

#### **ETAPA DE RADICACION Y VALIDACION**

La oficina de radicación de cuentas y validación de RIPS de la SDSC es la encargada de llevar a cabo el procedimiento de radicación de solicitudes de reconocimiento de pago, las cuales se realiza de manera sistemática surtiendo las siguientes etapas:

1. La SDSC recibirá y radicará en los primeros 15 días calendario de cada mes los siguientes documentos:
  - Oficio remisorio entregado por la entidad solicitante del pago (archivos de: Control, Usuarios, Transacciones, Consultas, Hospitalización, Medicamentos, Nacimientos, Procedimientos, Otros Servicios y Urgencias), el cual debe contener la relación de facturas presentadas con su respectiva fecha, valor individual y total por cada prestador y/o proveedor, numero de folios.
  - Formato MYT 01
  - Factura original en físico
  - Todos los soportes descritos en la lista de requisitos generales.
  - Medio magnético con archivos planos de los RIPS y anexo Técnico Res.1479/2015.



- Acuerdo de voluntades entre prestador (IPS) y asegurador (EPS) que especifique tarifas pactadas.

Cada factura presentada requiere que los anexos correspondientes estén debidamente foliados; todos los soportes documentales enunciados anteriormente deben ser entregados en medio físico y magnético, debidamente legajados y foliados con CD que contenga soportes escaneados.

La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte; las solicitudes se deben agrupar y marcar en la portada por mes y año de prestación de servicio.

2. Teniendo en cuenta que la herramienta MIPRES garantiza las validaciones y genera un número de prescripción, la SDSC realizará mediante software informático una comparación entre el reporte de datos que arroja la herramienta y el RIPS con el fin de verificar que efectivamente al usuario se le haya prestado el servicio; en el desarrollo de esta prevalidación será posible obtener los siguientes resultados:

- Si los RIPS superan la pre-validación: se genera e imprime certificado de radicación exitosa el cual contiene: Razón Social del Prestador, NIT, código de habilitación, nombres y número identificación de la persona que entrega las facturas, número(s) de factura(s), período facturado, cantidad de registros por archivo (RIPS), fecha de radicación y número de radicado asignado por el Sistema, el cual se mantiene durante todo el proceso de reconocimiento y pago de las facturas, y firma de quien realiza la radicación en el Sistema.
- Si los RIPS no superan la pre-validación: se muestra pantallazo informativo de los errores encontrados, se genera e imprime certificado de radicación no exitosa e informe de devolución que contiene número(s) de factura(s), período facturado, fecha de devolución, firma de quien realiza la devolución.

3. Con la documentación radicada exitosamente se inicia mediante Software Informático la validación de los soportes en medios magnéticos RIPS - Anexo Técnico 1479/2015, en cumplimiento de los requisitos establecidos en los Anexos Técnicos de las Resoluciones 3374 de 2000 y 1479 de 2015; la herramienta MIPRES realiza validación de derechos, cobertura PBS, municipio de residencia, habilitación del prestador, codificación CUPS y codificación CIE 10, el software realizará validación de la codificación CUM cuando se trate de medicamentos registrados ante el INVIMA.



Si los RIPS y Anexo Técnico 1479 superan la validación realizada por software, se genera e imprime certificado de consolidación el cual contiene la siguiente información: Razón Social del Prestador y NIT, razón social y código de EPS pagador, período y valor facturado en números y letras (luego de descontar copago, comisión y descuentos), número de radicado y fecha de impresión, consecutivo, números de facturas, número de identificación del usuario, nombres y apellidos del usuario, valor facturado por la IPS, valor Cuota de recuperación, valor comisión, valor descuentos y neto a pagar, y firma de quien realiza la validación y revisión de los medios físicos.

Si los RIPS y Anexo Técnico 1479 no superan la validación realizada por software, se genera archivo de Excel (se graba en el disco compacto presentado por la IPS) el cual contiene, por hoja de archivo, (consulta, hospitalización, nacimientos, procedimientos, etc.) todos y cada uno de los errores encontrados durante la validación, con el tipo y número de identificación del usuario, número de factura y la discriminación de la variable del archivo en particular que no cumple con los estándares establecidos, para su devolución mediante oficio a la entidad que hizo la radicación.

4. Realizada la validación de los soportes en medio magnético se procede a realizarlo en los soportes documentales en medio físico, en cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Manual de Auditoría Integral se verifica que cuenten con los documentos especificados en lista de requisitos generales.

Si los soportes en medio físico superan la validación, se consolidan los RIPS Anexo Técnico 1479 en el Software Informático; de lo contrario se hace la devolución de los documentos mediante oficio con reporte consolidado e impreso de inconsistencias en el aporte de requisitos exigidos.

5. Si se cumplen con los pasos N° 3 y 4, se registra en libro radicador los datos de la entidad que solicita el recobro/cobro, período facturado, número de la primera factura de la relación, número de radicado, valor facturado y se entregan en la oficina de auditoría y cuentas médicas, los radicados en estado consolidado son visualizados en el módulo de auditoría para ser asignados a los diferentes Auditores.

Si no se cumplieron los pasos N° 3 y 4 se hará devolución a la entidad solicitante del pago que radicó mediante entrega directa o correo certificado con oficio de devolución.

Cumplida la etapa de radicación y validación se hace entrega de los recobros/cobros a la oficina de auditoría de cuentas médicas teniendo en cuenta los turnos de acuerdo a la fecha de radicación.



**Prescripción de tiempo para la presentación de los recobros/cobros:** El término para efectuar la presentación de los recobros/cobros ante la SDSC será de tres años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado el recobro/cobro, se declarara la extemporaneidad del proceso, y no habrá lugar al cobro de la misma, excepción hecha de procesos excepcionales, los cuales son discrecionales del SDSC. Si el recobro/cobro a presentar cumple el plazo mencionado, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.

## **ETAPA DE AUDITORIA INTEGRAL**

En esta se revisan las solicitudes presentadas por las entidades solicitantes del pago ante la SDSC, considerando los aspectos de salud, jurídico y financiero; los mismos se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías o servicios no financiados con recursos de la UPC Régimen Subsidiado; por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos da como resultado la aplicación de una glosa.

El auditor evaluará el cumplimiento y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los recobro/cobros que se derivan de prescripciones realizadas por el profesional de la salud a través de la herramienta tecnológica MIPRES, así como los ordenados por fallo de tutela, para lo cual la información allegada debe cumplir con las condiciones y propiedades antes descritas para que el resultado del proceso de verificación sea eficiente.

La etapa de auditoría integral iniciará formalmente mediante oficio expedido por Secretario de Salud Departamental en el cual se asigne el prestador y las cuentas a auditar, una vez el auditor reciba el comunicado por parte de la oficina de auditoría de cuentas se encargará de confirmar la existencia de los radicados asignados por medio de la revisión en software de auditoría y confirmación de la existencia de los soportes físicos y magnéticos, cumplido este trámite se iniciará la auditoría de requisitos generales y esenciales.

El término de tiempo para que el auditor desarrolle esta etapa es de 2 meses a partir de la fecha de recibido de la cuenta por parte de la oficina de Auditoría y Cuentas Medicas, este tiempo no incluye el tiempo determinado para el trámite de glosas,



objecciones, subsanación de glosas y conciliaciones el cual se determina en el presente manual.

### **AUDITORÍA PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS GENERALES**

Los requisitos generales descritos anteriormente se verifican en la etapa de radicación, no obstante, dentro del proceso de auditoría integral debe observarse su cumplimiento, especialmente a los siguientes requisitos:

- Existencia formato MYT 01: verificar radicación del formato.
- Número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones MIPRES: verificar que corresponda al nombre, tipo y número de identificación del usuario registrado en el medio magnético.
- Copia del fallo de tutela: verificar que la copia del fallo o su reporte histórico corresponda el nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el medio magnético y en la información de MIPRES.
- Factura de venta o documento equivalente: verificar que la factura de venta o documento equivalente corresponda al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el medio magnético.
- Certificación paz y salvo del prestador (recobros): verificar que el certificado de paz y salvo en los casos de recobros corresponda en fecha, servicio, factura y datos del usuario registrado en el medio magnético.

El auditor verificará que los datos de nombre, tipo y número de identificación del usuario registrados en los requisitos generales del recobro/cobro sean consistentes con los datos registrados en los campos del medio magnético del recobro/cobro y en el aplicativo MIPRES. En el evento en que la comparación no sea positiva, la solicitud del recobro/cobro será inconsistente y no continuará al proceso de auditoría integral; el auditor devolverá a oficina de cuentas médicas para respectivo trámite.

### **AUDITORÍA PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES**

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales definidos y/o las validaciones que realiza la herramienta MIPRES.



1. **El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO PBS- UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación:** Este requisito es validado por la herramienta MIPRES por lo tanto al encontrar al usuario registrado en el aplicativo se entiende como cumplido.
2. **El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por su PBS-UPC para su fecha de prestación:** Este requisito es validado por la herramienta MIPRES, por lo tanto al encontrar al usuario registrado en el aplicativo se entiende como cumplido. Se entiende como fecha de prescripción en el aplicativo web, lo siguiente: fecha de solicitud en el aplicativo MIPRES del servicio o tecnología en salud no PBS-UPC, por parte de los profesionales de la salud o en su defecto por parte de la EPS en caso de fallos de tutela o diligenciamiento del formato de contingencia.

Para definir si una tecnología recobrada está o no incluida en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

#### Procedimientos

En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el PBS-UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

En relación a las combinaciones de tecnologías en salud, se cubren las tecnologías en salud descritas en el PBS-UPC cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

#### Medicamentos

Para definir la cobertura de los medicamentos condicionados, el auditor debe tener en cuenta que la cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el plan de beneficios, teniendo en cuenta que cumplan en su totalidad las características de Principio activo, Concentración, Forma farmacéutica, Aclaración u observación, si se encuentra descrita. Adicionalmente se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



- Radiofármacos: Son cobertura del PBS-UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- Medios de contraste: Se encuentran incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del PBS-UPC.
- Soluciones y diluyentes: Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita como, por ejemplo:

Solución	Procedimiento
Cuadripléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Visco-elásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	En procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o el lavado (irrigación) de diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras.)

Igualmente, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

- Analgesia, anestesia y sedación: cuando se requieran para la realización de las tecnologías PBS-UPC se consideran cubiertas por el mismo, incluida la atención del parto (artículo 29 Res. 5269 de 2017 o norma que adicione, modifique o derogue).
- Hemostáticos y sellantes tisulares: El PBS- UPC cubre los hemostáticos y sellantes tisulares, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en dicho plan.
- Indicaciones autorizadas: Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el PBS-UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



la UPC para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

- Combinaciones de dosis fijas (CDF): será responsabilidad de la entidad solicitante de pago aportar los soportes que se consideren necesarios para demostrar el cumplimiento de las condiciones citadas en el mencionado artículo, con el fin de que los auditores puedan determinar la obligación de reconocimiento y pago (artículo 41 Res. 5269 de 2017 o norma que adicione, modifique o sustituya).

#### Dispositivos e insumos

En caso de que la tecnología NO PBS-UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se podrán prescribir *únicamente* los que se encuentran en el aplicativo, y de acuerdo a la cobertura establecida por el PBS-UPC o los actos administrativos expedidos por el Ministerio. En virtud de lo anterior, la presentación de recobros/cobros de insumos, materiales o dispositivos médicos por parte de las entidades solicitantes del pago serán aquellos que se encuentran descritos en las tablas de referencia en el aplicativo MIPRES.

3. **El servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela:** El auditor *verificará* que el servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC, está soportada en una prescripción en el aplicativo MIPRES: i) efectuada por el profesional de la salud ii) u ordenada por un fallo de tutela.

La SDSC *verificará* el estado de las prescripciones correspondientes a recobros/cobros presentados por las entidades solicitantes de pago, en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por el Ministerio de Salud o quien haga sus veces como insumo para efectuar la auditoría integral, en la cual se tendrá en cuenta las siguientes precisiones:

- Las entidades solicitantes de pago no deben presentar recobro/cobros derivados de prescripciones con estado *anulado*, si al verificar el estado de las prescripciones de los recobros/cobros presentados por las entidades solicitantes de pago, las mismas se encuentren con estado *anulado*, se interpondrá la glosa.
- Las entidades solicitantes del pago presentarán los recobros/cobros de prescripciones NO PBS-UPC, que requieren concepto de junta de profesionales de la salud (soporte nutricional ambulatorio, servicios complementarios, medicamentos UNIRS), una vez dicha

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



prescripción cuenta con el concepto de aprobación por parte de la junta de profesionales de la salud en el aplicativo, deberán aportar copia del acta acorde al concepto reportado en el aplicativo; el auditor *verificará* que el concepto de aprobación concuerde el acta con el aplicativo de lo contrario a dicho recobro/cobro, se le interpondrá la glosa.

- No procederá el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de transcripciones por contingencia. El auditor *verificará* la fecha de prescripción contra la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud, en caso de que se presente alguna inconsistencia y estos recobros/cobros no correspondan a los condicionamientos mencionados, se le interpondrá la glosa.
- El auditor no deberá validar indicación INVIMA para i) alimentos y soportes nutricionales, ii) Productos de aseo e higiene personal, iii) Medicamentos ordenados en un fallo de tutela taxativa. Por lo anterior, no es pertinente la imposición de glosas de presentarse estos casos.
- El auditor deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los campos de la prescripción y *verificará* que corresponda la prescripción efectuada por el profesional de la salud, con lo efectivamente suministrado al usuario. Cuando la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponda a insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), esto debió ser descrito por el profesional de la salud en el campo de indicaciones o recomendaciones especiales, lo anterior con el objetivo de que la EPS suministrará correctamente lo requerido por el usuario, sin trámites adicionales.
- En relación a las justificaciones de las prescripciones efectuadas en MIPRES por los profesionales de la salud, estas deberán contener información pertinente y útil; no es viable ni responsable diligenciar los campos de las justificaciones médicas con textos incomprensibles ni caracteres ilegibles.
- No se evaluará la pertinencia médica de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, lo anterior entendiéndose que la misma fue efectuada en el marco de su autonomía médica para el diagnóstico y tratamiento del paciente (art. 17 Ley 1751 de 2015), la cual deberá ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.
- En caso que las justificaciones médicas contengan textos incomprensibles, caracteres ilegibles, o la misma se encuentre en blanco, el auditor deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los soportes de requisitos generales y específicos del recobro/cobro, si la información en estos es insuficiente o una vez verificados el servicio o tecnología recobrada corresponde a uno cubierto por PBS-UPC o corresponde a una



indicación no autorizada por el INVIMA y no corresponde a los medicamentos del listado UNIRS o sociedades científicas se impondrá la glosa.

- En los servicios que se presten por complicaciones derivadas de servicios NO PBS-UPC, las entidades solicitantes del pago deberán relacionarlas para efectos del cobro/recobro, con el número de prescripción que dio origen a la prestación del servicio, dicha situación deberá ser *verificada* y validada por el auditor.
- De los recobros derivados de fallo de tutela que ordenan el servicio de cuidador, el auditor deberá *validar* la certificación expedida por el médico tratante que da cuenta de la dependencia funcional del usuario y la certificación del representante legal que dé cuenta que el servicio de cuidador no sustituye la atención paliativa, ni la atención domiciliaria.
- Cuando el recobro/cobro corresponde a un servicio o tecnología que hace parte del listado de exclusiones de la financiación con recursos públicos asignados a la salud (Res.5267/17), estos serán objeto de reconocimiento y pago siempre y cuando sean ordenados por un fallo de tutela de manera explícita.
- Cuando exista movilidad del Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado, los servicios que hayan sido autorizados por el aplicativo MIPRES serán válidos, por el tiempo y la cantidad autorizada por esta instancia.

**4. El servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC fue efectivamente suministrada al usuario:** El auditor debe *verificar* que exista i) Soporte que evidencia su entrega, ii) Facturación del proveedor del servicio, iii) Anexo de garantía del suministro.

i) Soporte que evidencia su entrega

Tecnología o servicio NO PBS-UPC de tipo ambulatorio: Firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, 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 solicitantes del pago, este último debe contener los siguientes datos: i) nombre, tipo y documento de identificación del paciente, ii) fecha de prestación del servicio, iii) nombre del servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC objeto del recobro/cobro. En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro del servicio o tecnología en salud NO PBS-UPC:



- ✓ Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- ✓ Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
- ✓ En caso de prestación de servicios o tecnologías en salud NO PBS-UPC, cuando el usuario se encuentra en atención domiciliaria, son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
- ✓ En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- ✓ Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología NO PBS-UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Tecnología o servicio NO PBS-UPC proporcionado en Atención Inicial de Urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias; en estos casos también es válida la presentación de resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas, siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio. En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

Tecnología o servicio NO PBS-UPC proporcionado en Atención Inicial de Urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. Se acepta la presentación para cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio; en medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

El auditor tendrá en cuenta las siguientes precisiones:

- El auditor tendrá en cuenta los tiempos de suministro registrados en la Resolución 2438 de 2018 i) ambulatorio no priorizado: dentro de los 5 días calendarios siguientes a la fecha de prescripción, ii) ambulatorio priorizado: dentro de las 24 horas a partir de fecha de prescripción, iii) atención hospitalaria con internación, domiciliaria o de urgencias: dentro de un tiempo máximo de 24 horas. De no cumplirse estos tiempos el auditor impondrá glosa pertinente,



exceptuando los casos que requieran tramites específicos de importación, preparaciones especiales, entre otros.

- Solo podrán presentarse diferencias entre la prescripción efectuada por el profesional de la salud en MIPRES y lo efectivamente suministrado al usuario en lo que respecta a la forma farmacéutica de los medicamentos, siempre y cuando se mantenga su vía de administración y demás condiciones del medicamento prescrito, situación que no será objeto de glosa, excepto en los casos en que las formas farmacéuticas modifiquen, alteren o intervengan en la liberación y/o biodisponibilidad del fármaco.
- Cuando se trate de recobros/cobros por concepto de tecnologías o servicios NO PBS-UPC prestados a pacientes con diagnóstico de *enfermedades huérfanas*, el auditor deberá verificar que el usuario se encuentre reportado 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 este no se encuentre en el mencionado sistema se impondrá la glosa correspondiente.

ii) Facturación de venta o documento equivalente

El auditor debe *verificar* en la factura nombre o identificación del usuario al cual se suministró el servicio o la tecnología NO PBS-UPC, descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad del servicio o tecnología NO PBS-UPC. Respecto a la constancia de pago de la factura o documento equivalente el auditor deberá *verificar* que está presente el sello de cancelación de lo contrario se impondrá la glosa.

iii) Anexo de garantía del suministro

El auditor deberá *verificar* en los soportes de evidencia de entrega que la entidad aporta en el recobro/cobro consistencia de i) Usuario objeto del cobro/recobro, ii) Tecnología en salud o servicio complementario suministrado, iii) cantidad suministrada y iv) fechas; en caso de presentar alguna inconsistencia se impondrá la glosa.

Las entidades solicitantes del pago no presentarán recobros/cobros derivados de prescripciones con suministro no entregados con entregas parciales o diferidas; la solicitud de pago se realizará una vez se realice la entrega total.



5. **El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC corresponde a la SDSC y se presenta por una única vez:** Para el reconocimiento del pago por parte de la SDSC el auditor *verificará* en los soportes allegados con el recobro/cobro y el resultado de las validaciones efectuadas por la herramienta MIPRES y la oficina de radicación, que el usuario que recibe el servicio y/o tecnología pertenece al Régimen Subsidiado y por lo tanto su pago procede; la SDSC hace el reconocimiento y pago de un ítem de un recobro/cobro por única vez, tendrá en cuenta que no se haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

La SDSC únicamente reconoce y paga recobro/cobros por tecnología o servicios NO PBS-UPC de usuarios de un régimen diferente al subsidiado, cuando un fallo de tutela señala de manera expresa que el responsable del pago del recobro/cobro ordenado es la SDSC, en ese caso la entidad territorial en calidad de recobrante presentará el reconocimiento de pago ante la ADRES, se debe colocar un sello que identifique la cuenta para respectivo recobro; en caso que el fallo de Tutela establezca un servicio POS se debe colocar un sello que identifique la cuenta de cobro para ser cruzado o recobrado a la EPS correspondiente, por el personal responsable de este proceso.

Se entiende por recobro/cobro duplicado aquel que se presenta más de una vez, en un mismo período de radicación o en períodos anteriores, razón por la cual, dentro del proceso de reconocimiento y pago se glosa una de las radicaciones aportando el número de prescripción generado por MIPRES.

6. **La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC se realiza ante la SDSC en el término establecido:** El auditor *verificará* que el recobro/cobro se presente ante la SDSC en un término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de prestación del servicio registrada en soporte que evidencia la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente si el suministro fue durante un evento hospitalario; de igual manera, con este requisito se evalúa el cumplimiento del término previsto para:

- **Objeción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría:** La entidad solicitante del pago podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada ítem de recobros/cobros; en caso de que se presenten varias glosas a un



mismo recobro/cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

- Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría: Cuando la entidad solicitante del pago acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los cobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses 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 cobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad cobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.
- 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos:** Después de realizar lectura transversal de los documentos allegados, los datos registrados en los soportes y en el aplicativo MIPRES, el auditor podrá *verificar* el cumplimiento de los requisitos esenciales previstos en este Manual, la consistencia respecto al usuario, la tecnología en salud NO PBS-UPC y las fechas establecidas, por lo cual concluye que el proceso de prescripción, prestación/entrega y facturación se desarrolló de manera cronológica, excepto en los siguientes eventos:
- Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia vital: la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio; el criterio de auditoría tendrá en cuenta que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.
  - Cuando la prestación del servicio se realizó en un servicio de hospitalización con internación: la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio; el criterio de auditoría tendrá en cuenta que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo la fecha de egreso del paciente.
  - Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud NO PBS-UPC requeridas por las víctimas que trata el artículo 3º de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio; el criterio de auditoría tendrá en cuenta que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.
  - Cuando la compra de servicios y tecnologías en salud NO PBS-UPC se haya realizado al por mayor: la fecha de emisión de la factura o documento equivalente podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro del servicio o tecnología.



- Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud NO PBS-UPC que correspondan a prescripciones efectuadas en el módulo de tutelas: Pueden presentarse prescripciones en MIPRES con fecha posterior a la prestación del servicio; el criterio de auditoría tendrá en cuenta que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo diez (10) días calendario siguientes al suministro efectivo.
8. **El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente:** en este caso las entidades solicitantes del pago deben presentar la solicitud del recobro/cobro debidamente liquidado; para efectuar la reliquidación de los valores que la SDSC reconoce y paga, es necesario que el auditor *verifique* y tenga en cuenta lo siguiente:

#### De las cantidades

Las cantidades prescritas por el profesional de la salud u ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado; la auditoría integral se continuará realizando con lo efectivamente suministrado y facturado en caso de existir diferencias con lo prescrito por el profesional de la salud, siempre y cuando no se exceda en las cantidades prescritas por éste, no será objeto de aplicación de glosa.

Cuando se trate de recobro/cobros por servicios o tecnologías en salud cuya cobertura en el PBS-UPC esté limitada a una cantidad específica en el para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

#### De los valores regulados o coberturas del PBS-UPC

Cuando se trate de recobro/cobros de medicamentos o dispositivos médicos el auditor *valida* si se encuentran regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, *verifica* si la tecnología en salud tiene definido un comparador administrativo y si la tecnología en salud tiene un reemplazo o sustituto en el PBS-UPC.

#### De los cálculos específicos

Los valores que se tienen en cuenta para realizar los respectivos cálculos de reliquidación son los siguientes, de acuerdo con los casos que se enuncian, así:

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



- **Medicamentos NO PBS-UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela que tienen establecido un comparador administrativo:** diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.
- **Aplicación y descuento del comparador administrativo (homologo) al servicio o tecnología NO PBS-UPC:** La SDSC verificará los comparadores administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización del descuento del valor del homologo incluido en el PBS, de no encontrarse la tecnología en este listado, se procederá a tomar la tecnología de última generación incluido en el PBS-UPC. En el caso que la tecnología sea un medicamento se tomará el de la indicación terapéutica (patología) sin importar el grupo farmacológico. Los servicios o tecnologías NO PBS-UPC (incluidos los paquetes o conjuntos de atenciones integral), que en el proceso de auditoría de cuentas médicas se evidencie que contiene uno o varios servicios o tecnologías incluidas en el PBS-UPC, se descontarán del valor facturado por la IPS, por corresponder su reconocimiento a la EPS Subsidiada.
- Se tendrán en cuenta las tarifas concertadas en el manual tarifario entre la IPS y la EPS para las tecnologías NO PBS-UPC considerando en todo caso que el valor a reconocer por la SDSC será como máximo el que se encuentra establecido por la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPM) o autoridad competente para la fecha de la atención, en caso de tratarse de una tecnología NO PBS-UPC no regulada por la autoridad competente se reconocerán como máximo los precios dispuestos en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) que correspondan a vigencia de prestación del servicio.
- **Medicamentos y dispositivos NO PBS-UPC NO regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente:** cuando la autoridad competente no haya regulado los precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO PBS-UPC, el valor a reconocer por la SDSC será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que lo

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contacienos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co



reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo a la vigencia de prestación del servicio (Artículo 12 Resolución 1479 de 2015).

En tanto la SDSC no emita manual tarifario de referencia el auditor tomará como referente los precios dispuestos en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) correspondiente a la vigencia de prestación del servicio, de la siguiente manera:

Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones intrahospitalarias (Urgencias, Hospitalizaciones o Procedimientos médico - quirúrgicos) se tomará la columna de Precio de la referencia COMPRAS en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio.

Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones ambulatorias o fórmulas médicas (extra hospitalaria) se tomará la columna de MAYORISTA Precio de la referencia VENTAS CANAL INSTITUCIONAL en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio.

- **Medicamentos y dispositivos NO PBS-UPC regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente:** cuando se establezcan precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO PBS-UPC, *se reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado* para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos a la vigencia de prestación del servicio (Artículo 12 Resolución 1479 de 2015).
- **Medicamentos y dispositivos NO PBS-UPC regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, con un valor facturado menor que el establecido:** 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, se reconocerá el valor facturado*, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos.



- **Procedimientos de salud NO PBS-UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela:** valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud; se tendrá en cuenta las tarifas pactadas entre la IPS y EPS pero en todo caso el valor máximo a reconocer por la SDSC será las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Tarifario SOAT) vigente a la prestación del servicio, el cual también se tomara de referencia en caso de no existir un acuerdo de voluntades entre prestador y aseguradora con tarifa pactada. Si el Servicio o Tecnología cobrada no se encuentra registrada o codificada en el tarifario SOAT, el valor facturado se comparará con el precio promedio del mercado para el año de la prestación del servicio.
- **Procedimientos de salud NO PBS-UPC, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela:** cuando el procedimiento de salud está incluido en el PBS- UPC, pero se realiza con tecnología y/o vía quirúrgica NO PBS-UPC, los valores a tener en cuenta para efectos de la reliquidación corresponden a la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento con la tecnología y/o vía de acceso incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta como valor máximo las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Tarifario SOAT) vigente a la prestación del servicio.
- **Tecnología en salud NO PBS-UPC con un valor menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo:** se debe entender que dicha tecnología en salud es *suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)* y no procederá la radicación del recobro/cobro.
- **Insumos y dispositivos médicos:** En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. *Solo se reconocerán los excedentes* que estén condicionados a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para lo cual se reconocerá el valor de la factura de compra del proveedor más el 12% por gastos administrativos.



- Cuando el Servicio o Tecnología NO PBS-UPC es un conjunto integral de servicios (paquete): la IPS anexará el detallado del contenido por servicio o tecnología de forma individual y las cantidades incluidos en este; si contiene insumos NO PBS-UPC la IPS anexará la factura de compra del proveedor que suministró la tecnología. Si el detallado contiene servicios o tecnologías cubiertas por el PBS-UPC serán descontados como tope máximo el valor establecido en el Decreto 2423 de 1996 para el año de la prestación del servicio. Si el Conjunto Integral de Servicios (paquete) NO PBS-UPC no está registrado o codificado en el Decreto 2423 de 1996, el valor facturado por la IPS, se comparará con el precio promedio del mercado para el año de la prestación del servicio.

De los descuentos generales

Al resultante del cálculo específico se le deducirá el valor que corresponde al concepto de cuotas de recuperación según lo definido en la normatividad vigente; cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberá aplicar este descuento.

Cuando se trate de recobro/cobros de tecnologías NO PBS-UPC ordenadas mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos en la normatividad vigente.

**GLOSAS POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESENCIALES**

Por cada requisito esencial se definen unas glosas, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito; teniendo en cuenta la normatividad y los procesos establecidos en la resolución el auditor podrá imponer las siguientes glosas:

<b>REQUISITO ESENCIAL 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no PBS-UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación.</b>	
<b>(Condición 1): Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (30)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3001	El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.



3002	El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción
<b>(Condición 2): El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (31)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El usuario se encuentra reportado fallecido para la fecha de prestación del servicio" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3101	El usuario se encuentra reportado fallecido para la fecha de prestación del servicio.

<b>REQUISITO ESENCIAL 2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por su PBS-UPC para su fecha de prestación.</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (32)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El servicio o tecnología en salud prescrita, facturada y entregada se encuentra cubierta por el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3201	La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.
3202	Los insumos, materiales o dispositivos médicos recobrados se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.
3203	Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo cubierto por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación.
3204	Una o más de las tecnologías que componen o complementan la tecnología principal están cubiertas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.

El recobro de un insumo es posible cuando en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio, se indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

<b>REQUISITO ESENCIAL 3. El servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.</b>	
<b>(Condición No. 1): El servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC fue prescrita por un profesional de la salud.</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (43)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no contiene la información requerida por la normatividad vigente" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
4301	El número de prescripción de la tecnología recobrada, aportado por la entidad recobrante no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
4302	El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es <b>ANULADO</b> o <b>MODIFICADO</b> en el reporte del consolidado de prescripciones.



4303	No tiene justificación, o la misma tiene textos incomprensibles o caracteres ilegibles.
4305	La fecha de prescripción en MIPRES es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud y no se trata de una prescripción efectuada en el ámbito hospitalario, no es una urgencia manifiesta, no es un usuario víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, no es una prescripción de estudio pre-trasplante de donante no efectivo, ni corresponde a una prescripción efectuada en el módulo de tutelas.
4306	El número de prescripción objeto de recobro NO tiene concepto de la Junta de Profesionales de la salud o el mismo es NO APROBADO.
4307	No aporta acta de junta de profesionales de la salud.
4308	El acta de la junta de profesionales de la salud No ( ) no es legible.
4309	El acta de los profesionales de la salud no contiene uno o más de los requisitos mínimos establecidos en el artículo 11 de la Resolución 532 de 2017 el cual modificó el artículo 25 de la Resolución 3951 de 2016.
4310	El acta de junta de profesionales de la salud no fue suscrita en su totalidad por médicos, en caso de medicamentos del listado temporal UNIRS.
4311	La tecnología recobrada corresponde a un medicamento del listado UNIRS o Sociedades Científicas y la entidad recobrante no aporta el consentimiento informado debidamente firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.
4312	La indicación del medicamento prescrito no está registrada ante el INVIMA y el mismo no hace parte del listado temporal UNIRS.
4313	La tecnología en salud recobrada presenta alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS.
<b>(Condición No. 2): El servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC fue originada en un fallo de tutela</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (35)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3501	No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
3502	El fallo de tutela aportado está incompleto
3503	El fallo aportado no es legible en el folio No. ( ) o en su totalidad
3504	El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante.
3505	La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
3510	El número de prescripción la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
3511	El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO en el reporte del consolidado de prescripciones.
3512	No se encuentra diligenciada la información del fallo de tutela en el módulo de tutelas del aplicativo o la misma es inconsistente en cuanto al fallo aportado.



3513	El fallo de tutela no se anexó, y no se aportó otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial.
3514	No se aportó la certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible.
3515	El fallo de tutela no registra el nombre o identificación del usuario.
3516	La prescripción efectuada en MIPRES de las tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.

En la justificación se verifica, que sea específica para el usuario y que lo autorizado tenga una relación coherente con la patología diagnosticada.

No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de trascripciones por contingencia.

Juntas de Profesionales de la Salud: aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio, de medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios - UNIRS o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas a este Ministerio y validados por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de la Entidad.

El fallo de tutela completo corresponde a aquel que tenga la totalidad de los folios expedidos por la autoridad judicial, la fecha, el nombre de la autoridad judicial y el número del proceso.

**REQUISITO ESENCIAL 4 El servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC fue efectivamente suministrada al usuario (Condición 1)**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (36)** y **DESCRIPCIÓN** "No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no financiada con recursos de la UPC al usuario, objeto de recobro/cobro" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación; el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

3601	La entidad no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología NO PBS-UPC.
3602	La entidad recobrante no aporta el documento con la firma y el número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden, reporte de prescripción, certificación del proveedor o formato diseñado para tal fin (Atención ambulatoria).
3603	La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología.
3604	La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología.



3605	La evidencia de entrega no es legible.
3606	La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.
<b>(Condición 2): La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (37)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3701	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud.
3702	La factura de venta o documento equivalente no es legible.
3703	La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no está completa.
3704	La factura No. ( ) no incluye el detalle de cargos la tecnología en salud NO PBS- UPC o servicio complementario, expedido por el proveedor y no se anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle.
3705	La factura No. ( ) incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO PBS- UPC o servicio complementario por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación.
3706	La factura No. ( ) incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud no PBS-UPC o servicio complementario y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrada la tecnología en salud o servicio complementario y la factura a la cual se imputa la tecnología en salud o servicio complementario.
3707	La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación.
3708	La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración andina de valor.
3709	La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero.
3710	No aporta la certificación firmada por el representante legal de la entidad en la que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro/cobro, el afiliado y la cantidad recobrada.
3711	No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
3712	La factura No. ( ) no contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación Familiar cuando se suministra la tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario a su programa de EPS.
3713	La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica.
<b>(Condición 3): La información de garantía de suministro se reporta y contiene la información requerida.</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (44)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "La información de garantía de suministro no se reporta o no contiene la información requerida" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la	



aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
4401	La entidad no reporta la información en el anexo de la garantía de suministro del ítem de la prescripción objeto de auditoría.
4402	Una o más variables del anexo de garantía del suministro no tiene información
4403	La tecnología en salud reportada en el anexo de suministro no corresponde a la prescrita.

La evidencia de la entrega de la tecnología no incluida en el plan de beneficios al usuario, se verificará con la firma y documento de quien lo recibe. Tenga en cuenta que no siempre el paciente puede ser el firmante incluso por su misma condición de salud, el requisito se mantiene ante la importancia de tener evidencia de que el servicio fue recibido.

La firma o el número de identificación como constancia de recibido, debe estar presente en cualquiera de los siguientes soportes: en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica. Si no se encuentra en ninguna de las anteriores, valide que el recobro traiga adjunta una certificación del prestador que indique si el servicio fue efectivamente entregado o verifique si trae un formato diseñado por la entidad que dé cuenta de la entrega del servicio.

Las atenciones donde la estadía del paciente sea superior a 24 horas dentro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. En este caso, se admitirá como evidencia de suministro en caso de tratarse de medicamentos, las órdenes médicas y hojas de aplicación de medicamentos o notas de enfermería, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

Para el caso de tecnologías en salud no pos usadas en salas de cirugía se admitirá como evidencia de suministro la hoja de descripción quirúrgica o la hoja de gastos de la cirugía, en caso de tratarse de medicamentos, se admitirá como soporte el récord de anestesia. Lo anterior, solo si es posible establecer que dicho soporte.

Se entiende por factura completa aquella que cumple las siguientes condiciones: Nombre o identificación del afiliado al cual se le suministra el servicio o la tecnología no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del servicio o la tecnología no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC y fecha de radicación de la factura ante el pagador.

Si el servicio prestado es unitario no se requiere la cantidad.

Si la factura contiene cantidades claras y el valor total por cada servicio prestado, que permita determinar el valor unitario, no se exigirá que este descrito el mismo.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



Siempre y en cualquier caso la factura debe aportar el detalle de cargos, en ausencia de éste la certificación del representante legal de la entidad.

**REQUISITO ESENCIAL 5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC corresponde a la SDSC y se presenta por una única vez.**

**(Condición 1): El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde a la SDSC**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (38)** y **DESCRIPCIÓN** "El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no le corresponde a la SDSC" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

3801	El fallo no otorga de manera expresa el recobro/cobro a la SDSC por prestaciones económicas.
3802	El fallo de tutela a favor de usuario del régimen Contributivo, especial o excepcional no otorga de manera expresa recobro/cobro a la SDSC.
3803	La tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de tránsito y aún no se ha agotado la cobertura SOAT.
3804	La tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral.
3805	La tecnología recobrada objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela, y tratándose de fallos de tutela integrales no se evidencia la justificación médica en el aplicativo MIPRES.
3806	El paciente corresponde al régimen Contributivo, especial o excepcional y la Entidad no adjunto el formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.

**(Condición 2): La tecnología en salud objeto de recobro/cobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por la SDSC.**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (39)** y **DESCRIPCIÓN** "La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por la SDSC" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

3901	La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada dos veces en el mismo paquete. Se anulan los recobro/cobros radicados No. ( )
3902	La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No. ( )
3903	La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido pagada con anterioridad por la SDSC, en el recobro/cobro No.( ) correspondiente al paquete ( )

**REQUISITO ESENCIAL 6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud NO PBS- UPC se realiza ante la SDSC en el término establecido.**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (40)** y **DESCRIPCIÓN** "El recobro/cobro, la objeción o subsanación se presenta fuera de los términos establecidos" cuando se dictamine que no



se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
4001	El recobro/cobro fue presentado con posterioridad a los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.
4002	El recobro/cobro no fue presentado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a aquel en el que se cumplían los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.
4005	La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido.
4006	La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido.
4007	La subsanación al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido.
4008	La subsanación al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido.
4009	La subsanación al resultado de la auditoría no corresponde a las glosas definidas en el manual como subsanables.

**REQUISITO ESENCIAL 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos.**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (41)** y **DESCRIPCIÓN** "La tecnología recobrada o el usuario no es consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro, prescripción del aplicativo MIPRES y medios magnéticos de radicación" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

4107	La tecnología en salud prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la facturada.
4108	La tecnología en salud prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.
4109	La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la prescrita por el profesional de la salud tratante.
4110	La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la facturada.
4111	La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la suministrada.
4112	El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES o fallo de tutela, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente.
4113	El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES, no corresponde con el registrado en la Junta de Profesionales de la Salud.
4105	El usuario contenido en el Acta de la junta de profesionales de la salud, no corresponde con el registrado en la prescripción médica.
4114	El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES o fallo de tutela con o sin comparador administrativo, no corresponde al contenido en los soportes de evidencia de entrega.
4115	El usuario contenido en el fallo de tutela, no corresponde con el registrado en la prescripción médica de MIPRES realizada por el profesional de la salud o efectuada por la entidad recobrante.



4116	La fecha de prescripción y/o, suministro y/o facturación no son consistentes en los diferentes soportes del recobro/cobro.
------	--

El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información, la verificación que el medicamento facturado, independiente de su forma de comercialización (genérico o de marca), corresponde al mismo principio activo, forma farmacéutica y concentración registrada en la prescripción del aplicativo MIPRES y Fallo de Tutela.

<b>REQUISITO ESENCIAL 8: El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (42)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>APROBADO CON RELIQUIDACIÓN</b> .	
4201	El valor cobrado/recobrado es mayor al valor liquidado conforme a lo establecido en el presente manual y el Artículo 12 de la Resolución 1479 de 2015, por lo tanto, se reliquida y se glosa la diferencia.
4212	Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad efectivamente suministrada al usuario, se glosa la diferencia.
4213	Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad prescrita al usuario, dado que lo suministrado y facturado excede dicha cantidad, se glosa la diferencia.
4203	Se reconoce () unidades correspondientes al servicio o tecnología en salud NO PBS-UPC, las demás unidades recobradas se glosan dado que están incluidas en el Plan de beneficios.
4204	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. ( ), por lo tanto, se glosa la diferencia.
4205	El valor de la tecnología en salud recobrada, es mayor al valor máximo establecido, por lo tanto, se glosa la diferencia.
4206	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4207	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del procedimiento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4208	El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4209	El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.

### **RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES**

Una vez realizadas las actividades del proceso de auditoría integral de recobro/cobros originados en la prescripción de los profesionales de la salud u ordenadas por fallos de tutela en el aplicativo MIPRES, se obtienen los resultados de dicho proceso, los cuales son comunicados a la entidad recobrante, quien tiene 2 meses de acuerdo con la



normativa vigente para objetar dicho resultado. Los resultados de Auditoría Integral pueden ser los siguientes:

**Aprobado:** Cuando alguno o algunos de los ítems del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

- ✓ Aprobado total: cuando todos los ítems(s) del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.
- ✓ Aprobado con reliquidación: Cuando se aprueban todos los ítems del recobro/cobro, sin embargo, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.
- ✓ Aprobado parcial: cuando se aprobaron para pago parte del ítem(s) del recobro/cobro

**No aprobado:** Cuando todos los ítems del recobro/cobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

El resultado de la auditoría integral del recobro/cobros se comunica al representante legal de la entidad por medio de dirección electrónica y por vía telefónica, La notificación contendrá el detalle del estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa que se hayan aplicado, dentro de los cinco (5) días siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. La comunicación contendrá la siguiente información:

- Fecha de expedición de la comunicación.
- Número de radicación de cada recobro/cobro.
- Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- Causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago, cuando exista aprobación parcial.
- Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Una vez recibida la comunicación de los resultados de la auditoría integral, la entidad solicitante del pago tiene las siguientes opciones:

- Si la entidad está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando el estado del ítem del recobro/cobro sea aprobado y no presente objeción al resultado, se entenderán aceptadas las glosas (si las hubiere) y concluido el procedimiento de recobro/cobro ante la SDSC, señalado en la normativa vigente.



- Si la entidad no está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando la entidad no esté de acuerdo con el resultado, puede realizar dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "Objeción al resultado de auditoría". Ver "Definición de los criterios que se aplican en el proceso de objeción al resultado de la auditoría integral".
- Si la entidad acepta las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros: La entidad puede realizar dentro de dos meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado el proceso de "Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría". Ver capítulo 9. "Definición de los criterios que se aplican en el proceso de subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría".

### **CRITERIOS QUE SE APLICAN EN LA OBJECIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL**

Cuando la entidad solicitante del pago no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "Objeción al resultado de auditoría", argumentando las razones por las cuales se presenta dicha objeción, por cada ítem en cada uno de los recobros/cobros glosados.

- a) Término establecido:** en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por la SDSC.
- b) Radicación:** El período habilitado para la radicación de las objeciones serán los 15 primeros días del mes en la oficina de auditoría de cuentas de la SDSC; La objeción a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio físico y magnético.
- c) Condiciones para objetar las glosas aplicadas:**
  - Múltiples glosas a un mismo recobro/cobro: radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
  - La objeción no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
  - Cuando la entidad considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.
  - Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.



- La objeción de la glosa debe efectuarse solamente por este mecanismo, y deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.
  - Las glosas no objetadas y no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.
- d) **Resultado de la objeción:** se dará dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación de la solicitud, el pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.
- e) **Conciliación:** Dentro del trámite final de la cuenta, se realizara la conciliación de las glosas con la participación del ente territorial, la EPS del usuario y el prestador o proveedor de servicios. Este proceso genera un acta de conciliación que especificara los valores finales de glosa y pago, esta acta será suscrita por las partes que intervienen en el proceso.

### **CRITERIOS QUE SE APLICAN A LA SUBSANACIÓN DE GLOSAS APLICADAS**

Cuando la entidad solicitante del pago no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría", argumentando las razones por las cuales se presenta dicha subsanación, por cada ítem en cada uno de los recobros/cobros glosados.

- a) **Término establecido:** en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para subsanar los resultados de auditoría informados por la SDSC.
- b) **Radicación:** El período habilitado para la radicación corresponderá a los 15 últimos días de cada mes. La subsanación a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio físico y magnético ante la SDSC.
- c) **Condiciones para objetar las glosas aplicadas:**
- Cuando la entidad solicitante del pago acepte glosas aplicadas como el resultado al incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral de los recobros/cobros.
  - Múltiples glosas a un mismo recobro/cobro: radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.
  - La subsanación no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
  - Cuando la entidad solicitante del pago considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes



del recobro/cobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.

- Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
- La subsanación de la glosa debe efectuarse solamente por este mecanismo, y deberá incluir el número único de recobro/ cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.
- Las glosas no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.

**d). Resultado de la subsanación:** se dará dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

A continuación, se presentan los requisitos esenciales que una vez finalizada la "Etapas de Auditoría Integral", como resultado del proceso se declaran incumplidos, con el respectivo criterio de auditoría que debe acreditarse para validar su cumplimiento, así como el resultado de la objeción y subsanación.

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
<i>Requisito Esencial 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no PBS- UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación.</i>		
El usuario se encuentra reportado fallecido en para la fecha de prestación del servicio	Resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se pueda evidenciar que el usuario estaba vivo cuando se suministró el servicio o tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (31) cuando se demuestra que el usuario reportado fallecido en RNEC estaba vivo para la fecha de prestación del servicio
<i>Requisito Esencial 2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por su PBS-UPC para su fecha de prestación.</i>		
	Se demuestra que una tecnología en salud o servicio no es cobertura del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC cuando se comprueba que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento con su principio activo, concentración, forma farmacéutica y aclaración, no hace parte de los listados explícitos de cobertura.</li> <li>• El procedimiento no</li> </ul>	Se levanta la glosa con CÓDIGO (32) cuando se demuestra que la tecnología en salud o servicio complementario suministrado no estaba incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



	<p>hace parte de los listados explícitos de cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El insumo suministrado excede o no cumple con la condición clínica establecida por los límites de cobertura establecidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y aporta el soporte que comprueba que su uso corresponde a otra condición clínica o a dichos excedentes.</li> </ul>	
<b>REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA</b>	<b>CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN</b>	<b>RESULTADO DE LA OBJECCIÓN</b>
<i>Requisito Esencial 3: El servicio o la tecnología en salud no profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.</i>		
<p>Condición i) No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada/cobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no contiene la información requerida por la normatividad vigente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporta el número de la prescripción efectuada en MIPRES, y al verificarla se encuentra activa y contiene la información requerida por la normatividad vigente.</li> <li>• Aporta el acta de la junta de profesionales de la salud cuando la prescripción corresponde a servicios que requiere concepto de esta y al verificarla contiene la información requerida por la normatividad vigente.</li> <li>• Aporta el consentimiento informado debidamente firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante, cuando este aplica.</li> </ul>	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (43) cuando se demuestra que la tecnología en salud no PBS-UPC o servicio complementario fue prescrito por un profesional de la salud y la misma contiene la información requerida por la normatividad vigente.</p>
<p>Condición ii) El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES</p>	<p>Aporta fallo de tutela que contenga la información requerida por la normatividad vigente.</p> <p>Aporta el número de la prescripción efectuada en MIPRES, y al verificarla se encuentra activa y contiene la información requerida por la normatividad vigente.</p>	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (35) cuando se demuestra que la tecnología en salud PBS-UPC o servicio complementario fue ordenado por el fallo de tutela y el mismo se encuentra registrado en MIPRES.</p>
<b>REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA</b>	<b>CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN</b>	<b>RESULTADO DE LA OBJECCIÓN</b>
<i>Requisito Esencial 4. El servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC fue efectivamente suministrada al usuario</i>		
<p>No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no financiada con recursos de la UPC al usuario, objeto de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura de venta o documento equivalente, fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del</li> </ul>	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (36) cuando aporta evidencia de la entrega de la tecnología en salud NO PBS-</p>



recobro/cobro	reporte de prescripción, certificación del prestador, formato diseñado por la entidad para tal fin. • Epicrisis, historia clínica, resumen de atención, descripción quirúrgica, nota operatoria, hoja de gastos de la cirugía, récord de anestesia, notas de enfermería, hojas de aplicación de medicamentos o informe de atención inicial de urgencias.	UPC o servicio complementario objeto del recobro/cobro.
La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida	• Factura de venta o documento equivalente que contenga la información requerida. • Detalle de cargos expedido por el proveedor o certificación de representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle. • Certificación del proveedor en caso de que la factura contenga más de un usuario que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación. • Certificación de representante legal en caso de facturas por compras al por mayor en las que el proveedor identifica el usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario y la factura a la cual se imputa la tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario Declaración de Importación, Declaración Andina de Valor o Factura del agente aduanero, en caso de medicamentos importados. • Certificación del representante legal en la que indique el número de la Declaración de Importación respecto de la solicitud del recobro/cobro, el afiliado, y la cantidad recobrada, en caso	Se levanta la glosa con CÓDIGO (37) cuando aporta la factura de venta o documento equivalente y está contiene la información requerida.

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co



	de que se generen disponibilidades de medicamentos importados y se suministren a otros usuarios por parte de la entidad recobrante.	
La información de garantía de suministro no se reporta o no contiene la información requerida.	Reporte garantía del suministro dispuesto por la SDSC.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (44) cuando la entidad recobrante genera el reporte de la garantía del suministro conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y contiene la información requerida.
<b>REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA</b>	<b>CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN</b>	<b>RESULTADO DE LA OBJECCIÓN</b>
<i>Requisito Esencial 5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC corresponde a la SDSC y se presenta por una única vez.</i>		
1. El reconocimiento de la tecnología en salud cobrada/recobrada no le corresponde a la SDSC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES.</li> <li>Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES, a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional.</li> <li>Certificación de agotamiento de topes suscrita por la respectiva aseguradora - SOAT.</li> <li>Fallo de tutela expreso que ordene una prestación no financiada con recursos del SGSSS.</li> </ul>	Se levanta la glosa con CÓDIGO (38) cuando se demuestra que el reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde el recobro/cobro a la SDSC.
2. La tecnología en salud objeto de recobro/cobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por el cobro a la SDSC.	No es subsanable	No es subsanable
<b>REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA</b>	<b>CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN</b>	<b>RESULTADO DE LA OBJECCIÓN</b>
<i>Requisito Esencial 6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud NO PBS- UPC se realiza ante la SDSC en el término establecido.</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de venta o documento equivalente con sello de radicación inicial en la entidad recobrante/cobrante.</li> <li>Comunicación de resultado de auditoría con fecha de recibido.</li> <li>Constancia de radicación anterior de la solicitud de recobro/cobro dentro del término de ley.</li> </ul>	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (40) cuando soporta documentalmente que:          No se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015</p> <p>No se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 111 del Decreto Ley</p>

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
 PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
 contactenos@cordoba.gov.co  
 www.cordoba.gov.co



		019 de 2012
<i>Requisito Esencial 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos.</i>		
	No es subsanable	No es subsanable
<i>Requisito Esencial 8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente</i>		
	No es subsanable	Se modifica el cálculo de la liquidación cuando existen errores aritméticos

Terminada la etapa de auditoría integral y establecido el valor definitivo a pagar, el auditor realiza entrega la totalidad de los soportes documentales recibidos al inicio de la auditoría anexando el informe de auditoría y acta de conciliación de glosas en los casos que haya lugar al funcionario encargado de la oficina de Auditoría y Cuentas médicas para continuar el respectivo trámite.

En casos de conciliación de glosas se el auditor encargado convocará reunión de conciliación la cual se llevara a cabo en las oficinas de la SDSC en esta estarán presentes las partes interesadas, la SDSC estará representada por el auditor encargado de auditar la cuenta y funcionario de la entidad solicitante del cobro/recobro, en los casos que se requieran el auditor podrá convocar tanto a funcionarios de la entidad prestadora del servicio como de la entidad aseguradora del usuario; en caso que la conciliación no sea realizada por el representante legal de la entidad solicitante del pago este debe delegar de manera formal mediante oficio a funcionario para llevar a cabo la conciliación de glosas y firma de acta resultante.

#### **ETAPA DE PAGO**

Una vez se culmina la etapa de auditoría Integral prosigue la etapa de pago, la cual da inicio con la entrega por parte de la oficina de Auditoría y Cuentas Médicas de los soportes para pago a la oficina financiera/cartera de la SDSC y finaliza con el pago de la cuenta, en el desarrollo de esta etapa participan varias dependencias siguiendo la siguiente secuencia:



1. La oficina Financiera/Cartera recibe de la Oficina de Auditoría y Cuentas Médicas el informe de auditoría, acta conciliación en caso que haya lugar, facturas individuales por usuario, informe RIPS y documentos legales, a los cuales se les realiza Control de Auditoría Contable verificando el valor de la facturación radicada, valor reportado por informe de auditoría, valor glosado, valor reportado en acta de conciliación de glosas en caso de haberse requerido, valor total a pagar, una vez se aprueba la auditoría contable se solicita a la oficina de presupuesto adscrita a la Secretaría de Hacienda de Córdoba expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP).

Este proceso su continuidad o cumplimiento en el tiempo este sujeto a la disponibilidad de presupuesto de la gobernación de Córdoba.

2. Una vez la oficina de presupuesto expide el CDP este es enviado a la oficina de Financiera/Cartera de la SDSC, la cual se encarga de entregar el CDP y los soportes de pago a la oficina de jurídica de la SDSC para la elaboración conjunta de la Resolución de Pago que contiene datos contables y aspectos jurídicos que respaldan el pago.
3. Elaborada la resolución de pago se adjuntan los soportes de pago y se traslada al despacho del Secretario de Desarrollo de la Salud para revisión y firma.
4. La resolución de pago firmada por el Secretario de Desarrollo de la Salud de Córdoba se traslada a la oficina de Presupuesto en la sede principal de la Gobernación de Córdoba para su revisión y expedición del Registro Presupuestal.
5. Posterior a revisión de oficina de presupuesto la cuenta pasa a Central de Cuentas para elaboración de la Orden de Pago con Registro Presupuestal, Resolución de Pago, Certificado de Disponibilidad Presupuestal y los documentos que soportan el pago de la cuenta.
6. La cuenta y demás documentos que soportan el pago, pasan a tesorería para realizar pago a través de Transferencia Electrónica.

Proyecto y Elaboró: Karina Hoyos M  
Revisó y Aprobó: Emberit Amaya P.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



ANEXO 2.

**MANUAL DE AUDITORIA INTEGRAL PARA EL COBRO Y RECOBRO DE LAS  
TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIO CARGO  
A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO CTC/ TUTELAS**

**SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD  
CORDOBA**

**2019**

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



## TABLA DE CONTENIDO

OBJETO

ALCANCE

MARCO NORMATIVO

DEFINICIONES

PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y  
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIO CARGO A  
LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO

ETAPA DE RADICACION Y VALIDACION

ETAPA DE AUDITORIA INTEGRAL

ETAPA DE PAGO

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

[contactenos@cordoba.gov.co](mailto:contactenos@cordoba.gov.co)

[www.cordoba.gov.co](http://www.cordoba.gov.co)



## **OBJETO**

Establecer y estandarizar los criterios de verificación y/o evaluación durante el proceso de auditoría integral a las solicitudes de pago presentados ante la SDSC por concepto de recobros/cobros de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC de los afiliados del régimen subsidiado y servicios complementarios, garantizando el cumplimiento de los requisitos administrativos, jurídicos y técnico científico teniendo en cuenta la normatividad aplicable y las establecidas por el Ente Territorial en ejercicio de sus facultades y autonomía, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

## **ALCANCE**

Este proceso involucra a las entidades públicas y privadas que solicitan el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC suministradas a los afiliados del régimen subsidiado de salud y a la entidad territorial como responsable del proceso de verificación, control y pago.

## **MARCO NORMATIVO**

La auditoría de cuentas está amparada en el marco normativo de la Ley 715 del 2001, Resolución 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; Sentencia T- 760 de 2008 detalla la adopción de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –PBS; Resolución 5395 de 2013 unificación del procedimiento de recobros que deben seguir las entidades recobrantes para presentarlos cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA; Resolución 1479 de 2015 donde ese establece que los servicios y tecnologías son cobertura en el PBS a los afiliados al régimen subsidiado se financiaran por las entidades territoriales con cargo a los recursos del sistema general de participaciones, prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda y recursos de rentas cedidas del sector salud previstos para la financiación del NO PBS y los demás recursos que las entidades territoriales destinen



al pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PO; Resolución 5269 de 2017 por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud o aquella que la modifique, reemplace o sustituya; Resolución 2438 de 2018 Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. Entre otras normas, regulaciones, instrucciones impartidas por los órganos rectores, reguladores y de control del sector salud en la nación.

La Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba analizando la situación de salud y sus capacidades técnicas, científicas, operativas y financieras, con el fin de adoptar uno de los dos modelos establecidos en la Resolución 1479 de 2015 decide mediante Resolución No. 001335 de fecha 03 de junio de 2015 y modificada por la Resolución No. 002160 de fecha 7 de agosto de 2015 acogerse al MODELO II que establece que "LA GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS CUBIERTAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD A TRAVES DE LAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE TIENEN AL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD" "Artículo 9: Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud deberán garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud autorizados por el CTC u ordenados por autoridad judicial, para lo cual dentro de los dos (2) días siguientes a la autorización emitida por la CTC definirán el prestador de servicios de salud que brindará el servicio, acorde con la red contratada".

## DEFINICIONES

- **Acta del Comité Técnico Científico (CTC):** Formato definido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social en el cual, se registra la decisión justificada de aprobar o desaprobar el suministro de una tecnología en salud NO PBS, suscrita por los miembros que integran el Comité y que participan en la sesión, foliada y con los soportes utilizados como base de la decisión.

Las autorizaciones emitidas por los CTC a partir del 1º de mayo de 2014, se deben registrar en el formato adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. Las autorizaciones aprobadas por CTC antes del 1º de mayo de 2014, se validan en el formato diseñado e implementado por cada entidad recobrante.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



El Acta de CTC puede autorizar varias Tecnologías en Salud siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: i) correspondan a un mismo usuario, ii) esté aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, iii) correspondan a solicitudes del mismo médico tratante y iv) la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013.

- **Acta Aclaratoria del Comité Técnico Científico (CTC):** es un documento que la entidad recobrante puede presentar en caso que el Comité Técnico Científico requiera aclarar las actas aprobadas en una sesión anterior, siempre y cuando: i) no se afecte la situación o el derecho creado en favor del respectivo usuario, ii) no se modifique la tecnología en salud inicialmente autorizada, iii) exista congruencia entre lo solicitado por el médico tratante, lo deliberado por el Comité, lo facturado por el prestador y lo suministrado al usuario y iv) no se modifiquen los miembros que integran el Comité y suscribieron el Acta.
- **Acta Consolidada del Comité Técnico Científico (CTC):** corresponde al Formato de Acta realizada por cada sesión, que identifica cada uno de los casos analizados en dicha sesión. Debe asignarse un número consecutivo por las EPS, estar firmada autógrafa o digitalmente por todos los miembros del CTC y contener la siguiente información: Nombre completo del paciente, tipo y número de documento de identidad, Tecnología en Salud Evaluada, concepto del Comité, sea este, aprobado o negado y cantidad autorizada; en este caso deberá elaborarse un Formato de Acta de CTC para cada caso evaluado pero no será exigible la firma de los representantes en este documento.

Para efectos de la radicación de los documentos que soportan el recobro, la entidad recobrante deberá allegar copia del Formato de Acta consolidada y copia del formato de Acta de CTC por cada caso recobrado; es decir, que por cada recobro se aportarán ambos formatos.

- **Base de Datos Única de Afiliados (BDUA):** Base de datos de aportantes y afiliados plenamente identificados, que contiene la información de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes especiales y exceptuados del mismo y planes adicionales.
- **Cantidad autorizada:** Cantidad total de servicios o tecnologías en salud NO PBS que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario.
- **Documento del proveedor con detalle de cargos:** Documento de la persona natural o jurídica que factura a la entidad recobrante una tecnología en salud NO PBS, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se debe utilizar siempre que corresponda a prestaciones tales como: paquetes, programas, clínicas o conjuntos de atención entre otros, así como cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO PBS por cada usuario, o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.
- **Certificación del proveedor cuando la factura incluye el tratamiento de más de un afiliado:** Documento del proveedor que permita establecer que la Tecnología en Salud que



se relaciona en la factura, fue suministrada a más de un afiliado, en cuyo caso deberá identificarse con nombre o tipo y número de identificación.

- **Certificación del representante legal cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor no le sea posible identificar el usuario:** Es un documento en el cual se indica a qué factura se imputa la tecnología en salud NO PBS y el (los) paciente(s) a quien (es) le(s) fue suministrada, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente.
- **Certificación del representante legal cuando la entidad recobrante importa directamente el medicamento objeto del recobro:** Documento en donde se informe que la Tecnología en Salud recobrada, fue directamente importada por la entidad recobrante, lo cual no exime de la presentación de los demás requisitos de la normativa vigente.
- **Certificación del representante legal cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados:** Documento en donde se informe que los medicamentos importados para un usuario específico quedaron disponibles y serán utilizados en otro paciente que lo requiera.
- **Certificación del representante legal cuando la copia del CTC no cuente con la totalidad de las firmas:** Documento que certifique que el Comité se llevó a cabo con los 3 integrantes requeridos en la norma y que solo hizo falta la firma de uno de ellos.
- **Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos:** Comisión de alto nivel creada por la Ley 100 de 1993, integrada por el Ministro de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo y, un Delegado personal del Presidente de la República, encargada de dictar las políticas de regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos
- **Comité Técnico Científico (CTC):** Comité conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de su red y un (1) representante de los usuarios, cuya función es analizar las tecnologías en salud no incluidas en el PBS ordenadas por los médicos tratantes a fin de aprobar o desaprobado la solicitud considerando lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.
- **Comparador administrativo:** Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud PBS, que las entidades recobrantes deben utilizar para definir el monto a recobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de recobro.
- **Declaración de importación:** Documento mediante el cual se informa a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, los datos relativos a la tecnología a importar, la llegada al territorio aduanero, se liquidan los tributos aduaneros y se solicita el levante a efectos de la nacionalización de la misma. Acredita la introducción legal de una tecnología al territorio nacional.
- **Declaración Andina de Valor:** Documento soporte de la declaración de importación que está previsto por la DIAN. En él se consigna la información técnica respecto a las



condiciones y circunstancias de la operación comercial que da lugar a la importación de la tecnología, que sirven para determinar el valor aduanero de la misma.

- **Documento equivalente a factura de venta:** Documento soporte que equivale a la factura de venta, expedido por el proveedor de la tecnología en salud NO PBS, tales como: tiquetes de máquina registradora, tiquetes o billetes de transporte de pasajeros, incluido el tiquete o billete electrónico y la factura electrónica.
- **Factura del agente aduanero:** Documento que expide la persona jurídica que ejerce el agenciamiento aduanero, autorizadas por la DIAN para ejercer una actividad de naturaleza mercantil y de servicio, orientada a garantizar que los usuarios de comercio exterior que utilicen sus servicios cumplan con las normas legales existentes en materia de importación, exportación y tránsito aduanero y cualquier operación o procedimiento aduanero inherente a dichas actividades.
- **Factura de venta:** Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario y que el proveedor de la tecnología en salud NO PBS entrega al comprador de la misma.
- **Fallo de tutela:** Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías en salud NO PBS.
- **Fecha de elaboración del Acta del Comité Técnico Científico:** Corresponde a la fecha en que los integrantes del Comité Técnico Científico elaboran el acta de la sesión en la cual se evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud NO PBS.
- **Firmas:** Corresponden al registro autógrafo o digital que respalda un documento físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y de ser vinculado con su contenido. Las firmas escaneadas no son válidas en la presentación de los recobros ante la SDSC.
- **Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral:** Formato diseñado por la Dirección de Administración de Fondos en el cual un médico de la entidad recobrante debe registrar y justificar técnico científicamente la(s) tecnología(s) en salud suministrada(s) a un paciente en para dar cumplimiento a lo ordenado en un fallo de tutela que no sea expreso o que ordene un tratamiento integral.
- **Fuera de término en la presentación de la objeción:** Cuando se presenta y sustenta la objeción después de los dos (2) meses siguientes a la fecha de comunicación del resultado de auditoría.
- **Glosa:** no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.



- **Número de acta de Comité Técnico Científico:** Corresponde al número consecutivo que asigna la entidad recobrante al acta de la sesión en la cual evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud NO PBS.
- **Objeción a los resultados de auditoría:** Posibilidad de la entidad recobrante para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado.
- **Recobro:** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico-Científico (CTC) u ordenadas por fallos de tutela.
- **Tecnologías en salud NO PBS:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y que no se encuentran contenidos en el Plan de Beneficios.
- **Soporte Documental:** Documento que se aporta para la conformación de un recobro.

#### **PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO PBS-UPC RÉGIMEN SUBSIDIADO:**

El proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro ante la SDSC surtirán las etapas de radicación, auditoría integral y pago de conformidad con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 o cualquier norma que la modifique, adicione o sustituya; los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte la SSDC.

El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

- Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado le asistía el derecho al momento de su prestación.
- El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierta por el PBS-UPC del Régimen Subsidiado para la fecha de prestación del servicio.
- El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
- El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contoctenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co



- El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue efectivamente suministrado al usuario.
- El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado le compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
- Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
- El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas y demás normas aplicables.

Para efectos de llevar a cabo con éxito el proceso de verificación, control y pago de acuerdo con el Decreto Ley 1281 de 2002, las entidades solicitantes del pago deben garantizar que la información de los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos sea: **i) completa, ii) clara, iii) cierta, iv) oportuna, v) verificable, vi) comprensible, vii) precisa, viii) útil, ix) actualizada y x) consistente.**

#### **Etapas de Radicación y validación:**

La oficina de radicación de cuentas y validación de RIPS de la SDSC es la encargada de llevar a cabo el procedimiento de radicación de solicitudes de reconocimiento de pago, las cuales se realiza de manera sistemática surtiendo las siguientes etapas:

6. La SDSC recibirá y radicará en los primeros 15 días calendario de cada mes los siguientes documentos:
  - Oficio remisorio entregado por la entidad solicitante del pago (archivos de: Control, Usuarios, Transacciones, Consultas, Hospitalización, Medicamentos, Nacimientos, Procedimientos, Otros Servicios y Urgencias), el cual debe contener la relación de facturas presentadas con su respectiva fecha, valor individual y total por cada prestador y/o proveedor, número de folios.
  - Copia de factura de venta o documento equivalente que cumpla requisitos DIAN.
  - Copia del fallo de tutela o Acta del Comité Técnico Científico.
  - Formato MYT 01 - 02 - R.
  - Constancia de paz y salvo con el prestador (recobros).
  - 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.
  - Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.aov.co



- Soportes de la prestación del servicio (Historia clínica, notas de enfermería, epicrisis, hoja medicamento, hoja de traslado, entre otras).
- Medio magnético con archivos planos de los RIPS y anexo Técnico Res.1479/15.

Todos los soportes documentales enunciados anteriormente deben ser entregados tanto en medio físico como magnético, es decir, CD que contenga soportes escaneados.

7. Posterior a la recepción de los soportes documentales, se realiza importación de RIPS y mediante software informático se efectúa una pre-validación de la estructura, en el desarrollo de esta actividad es Posible obtener los siguientes resultados:

- Si los RIPS superan la pre-validación: se genera e imprime certificado de radicación exitosa el cual contiene: Razón Social del Prestador, NIT, código de habilitación, nombres y número identificación de la persona que entrega las facturas, número(s) de factura(s), período facturado, cantidad de registros por archivo (RIPS), fecha de radicación y número de radicado asignado por el Sistema, el cual se mantiene durante todo el proceso de reconocimiento y pago de las facturas, y firma de quien realiza la radicación en el Sistema.
- Si los RIPS no superan la pre-validación: se muestra pantallazo informativo de los errores encontrados, se genera e imprime certificado de radicación no exitosa e informe de devolución que contiene número(s) de factura(s), período facturado, fecha de devolución, firma de quien realiza la devolución.

8. Con la documentación radicada exitosamente se inicia mediante Software Informático la validación y verificación de los soportes en medios magnéticos RIPS - Anexo Técnico 1479/2015, en cumplimiento de los requisitos establecidos en los Anexos Técnicos de las Resoluciones 3374 de 2000 y 1479 de 2015; el software realizará cruce de base de datos que permitirá comprobación de derechos, residencia, prestador, codificación.

Si los RIPS y Anexo Técnico 1479, superan la validación realizada por software, se genera e imprime certificado de consolidación el cual contiene la siguiente información: Razón Social del Prestador y NIT, razón social y código de EPS pagador, período y valor facturado en números y letras (luego de descontar copago, comisión y descuentos), numero de radicado y fecha de impresión, consecutivo, números de facturas, número de identificación del usuario, nombres y apellidos del usuario, valor facturado por la IPS, valor copago, valor comisión, valor descuentos y neto a pagar, y firma de quien realiza la validación y revisión de los medios físicos.

Si los RIPS y Anexo Técnico 1479 no superan la validación realizada por software, se genera archivo de Excel (se graba en el disco compacto presentado por la IPS) el cual contiene, por hoja de archivo, (consulta, hospitalización, nacimientos, procedimientos, etc) todos y cada uno de los errores encontrados durante la validación, con el tipo y



número de identificación del usuario, número de factura y la discriminación de la variable del archivo en particular que no cumple con los estándares establecidos, para su devolución mediante oficio a la entidad que hizo la radicación.

9. Realizada la validación y verificación de los soportes en medio magnético se procede a realizarlo en los soportes documentales en medio físico; si los soportes en medio físico superan la revisión y validación, se consolidan los RIPS Anexo Técnico 1479 en el Software Informático; de lo contrario se hace la devolución de los documentos mediante oficio con reporte consolidado e impreso de inconsistencias en el aporte de requisitos exigidos.

10. Si se cumplen con los pasos N° 3 y 4, se registra en Libro Radicador los datos de la entidad solicitante del pago, período facturado, número de la primera factura de la relación, número de radicado y valor facturado, y se entregan en la Oficina de Auditoría, los radicados en estado consolidado, son visualizados en el módulo de Auditoría para ser asignados a los diferentes Auditores.

Si no se cumplieron los pasos 3 y 4 se hará devolución a la entidad solicitante del pago que radicó mediante entrega directa o correo certificado con oficio de devolución.

Finalizada la Etapa de radicación y validación se hace entrega de las cuentas a la Oficina de Auditoría de cuentas médicas teniendo en cuenta los turnos de acuerdo a la fecha de radicación.

#### **Etapa de Auditoría integral**

La oficina de Auditoría y cuentas médicas o quien haga sus veces se encargará de auditar las solicitudes presentadas por las entidades solicitantes del pago ante la SDSC evaluando los aspectos de salud, jurídico y financiero; los mismos se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías o servicios no financiados con recursos de la UPC Régimen Subsidiado; por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos da como resultado la aplicación de una glosa.

El termino de tiempo para que el auditor desarrolle esta etapa es de 2 meses a partir de la fecha de recibido de la cuenta por parte de la oficina de Auditoría y Cuentas Médicas, este tiempo no incluye el tiempo determinado para el trámite de glosas, objeciones, subsanación de glosas y conciliaciones el cual se determina en el presente manual.



La etapa de auditoría integral iniciará formalmente mediante oficio expedido por Secretario de Salud Departamental en el cual se asigne el prestador y las cuentas a auditar, una vez el auditor reciba el comunicado por parte de la oficina de auditoría de cuentas se encargará de confirmar la existencia de los radicados asignados por medio de la revisión en software de auditoría y confirmación de la existencia de los soportes físicos y magnéticos.

- 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO PBS- UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación:** Se *verificará* que para la fecha de suministro del servicio o tecnología objeto del recobro/cobro el usuario se encontraba (i) vivo y (ii) afiliado al Régimen Subsidiado.

La condición **(i)** se evalúa con el reporte de la RNEC, para lo cual se toma la fecha de fallecido y se contrasta con la fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud recobrada. En el evento que la tecnología sea haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la condición **(i)** se evalúa con la fecha de egreso del usuario.

La condición **(ii)** se evalúa con base en el reporte de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Los datos registrados en el medio magnético del recobro deben corresponder a los registrados en la mencionada base.

El recobro/cobro derivado de prescripciones o fallos de tutela de usuarios con inconsistencias en BDUA, solo se efectuará si dicha inconsistencia fue subsanada por la entidad correspondiente en la BDUA, situación que será verificada por el área de radicación de la SDSC, al realizar la validación del usuario objeto del recobro/cobro en la BDUA y se confirme que no presenta inconsistencias en su estado de afiliación. Si una vez efectuada dicha validación por la SDSC, se encuentra que el usuario presenta alguna inconsistencia de afiliación en la BDUA, el recobro/cobro no continuará el proceso de auditoría integral y se interpondrá la glosa correspondiente.

El recobro/cobro derivado de CTC o fallos de tutela de usuarios con reporte de fallecidos con evidencia de encontrarse vivo, solo se efectuará si dicha inconsistencia fue subsanada por la entidad correspondiente, situación que será verificada por el auditor, al realizar la validación del usuario objeto del recobro/cobro en la RNEC y se confirme que no se encuentra registrado como fallecido. Si una vez efectuada dicha validación por la SDSC si el usuario continua con reporte de fallecido en la RNEC, el recobro/cobro no continuará el proceso de auditoría integral y se interpondrá la glosa.



Cuando el suministro de la tecnología en salud NO PBS-UPC corresponde a un recién nacido, traslados no exitosos entre EPS y fallos de tutela que obligan a una entidad a prestar el servicio de forma expresa, se aplica lo previsto en la Nota Externa No 201433200214183.

2. **El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierta por el PBS-UPC del Régimen Subsidiado para la fecha de prestación del servicio:** Se *verificará* que el servicio o tecnología en salud objeto de recobro/cobro no se encuentra cubierto por el PBS-UPC para la fecha de prestación del servicio.

Se entiende como fecha de prestación o de suministro de la tecnología NO PBS-UPC, lo siguiente: (i) Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia de entrega de la tecnología, esto es, factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador del servicio o formato diseñado por la entidad recobrante y (ii) Cuando la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la fecha de egreso del usuario, registrada en la copia del informe de atención inicial de urgencias, del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

3. **El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias:** El cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes de cobro o recobro que debe allegar la entidad así:

Derivados autorizaciones de CTC	Ambulatorio: Orden o fórmula médica, en que se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante.  Hospitalario: Orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica, en los que se evidencie: el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante que elabora los documentos.
Derivados fallos de tutela expresos	Ambulatorio / Hospitalario: Copia del fallo de tutela conforme a lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, en donde se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología.
Derivados fallos de tutela integrales o no expresos	Ambulatorio / Hospitalario: Copia del fallo de tutela conforme a lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.



4. El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial mediante fallo de tutela: El cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes de cobro o recobro que debe allegar la entidad así:

Autorizaciones de CTC	Antes del 1º de mayo de 2014	Formato de acta de CTC de cada entidad recobrante con los requisitos definidos en el Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013.
	A partir del 1º de mayo de 2014	Formato de Acta de CTC expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante las Notas Externas 201433200014303 del 21 de enero de 2014 y 201433200179423 del 24 de julio de 2014.
Ordenaciones de fallos de tutelas	Expresas	Copia del fallo de tutela
	Integrales o no expresas proferidas antes del 1º de mayo de 2014.	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresas o que ordenen tratamiento integral diseñado por cada entidad recobrante.
	Integrales o no expresas proferidas a partir del 1º de mayo de 2014	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresas o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela, expedidos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante las Notas Externas 201433200014303 del 21 de enero de 2014 y 201433200179423 del 24 de julio de 2014.  No obstante lo anterior, si antes del 01 de Mayo de 2014, las Entidades Recobrantes venían utilizando formatos diferentes a los previstos en la Resolución en comento, y estos eran suficientes para identificar la tecnología en salud objeto de recobro, los podrán seguir utilizando siempre y cuando el fallo haya sido proferido antes de la fecha señalada.



5. **El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue efectivamente suministrado al usuario:** El auditor debe *verificar* que exista i) Soporte que evidencia su entrega, ii) Facturación del proveedor del servicio.

Cuando la tecnología NO PBS-UPC autorizada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro de la tecnología o servicio:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
- c) En caso de prestación de tecnologías NO PBS-UPC cuando el usuario se encuentra en Home Care, o atención domiciliaria: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
- d) En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- e) Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO PBS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Cuando la tecnología NO PBS-UPC autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias. En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

Cuando la tecnología NO PBS-UPC autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o



ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. Se acepta la presentación de los siguientes soportes:

- a) Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO PBS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio
- b) En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

Respecto a la segunda condición (ii) factura de venta o documento equivalente, se debe identificar: **a)** Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS-UPC y **b)** Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad de la tecnología en salud NO PBS-UPC. El auditor deberá *verificar* que está presente el sello de cancelación.

Cuando la factura o documento equivalente no presente dicha información de manera discriminada, deberá acompañarse de los siguientes anexos:

Cuando en la factura no esté discriminada la atención.	Documento del proveedor con detalle de cargos.	El documento debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando en la factura no esté discriminada la atención y la entidad recobrante no disponga del detalle de cargos expedido por el proveedor	Certificación del representante legal con el detalle de cargos	La certificación debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente	Certificación del proveedor	La certificación debe: desagregar la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO PBS, 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.
Cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud NO PBS-UPC.	Certificación del representante legal de la entidad recobrante	La certificación debe indicar a qué factura imputa la tecnología en salud NO PBS y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co



6. **El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado le compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto:** Los soportes allegados con el cobro o recobro evidencian que el reconocimiento de la tecnología en salud NO PBS-UPC (i) corresponde a la Secretaria de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por lo tanto su pago se (ii) realiza por una única vez.

Respecto a la primera condición (i), se tiene como criterio que las tecnologías en salud NO PBS-UPC suministradas a usuarios del **régimen Subsidiado** se reconocen y pagan con cargo al ente territorial, se evalúa que el usuario pertenezca a éste régimen mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

La SDSC únicamente reconoce y paga recobros de usuarios del **régimen Contributivo**, cuando un fallo de tutela señala de manera expresa que es el responsable del pago.

Frente a la condición (ii) de este requisito, el reconocimiento y pago de un ítem de un recobro se realiza siempre y cuando la SDSC no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem, se debe verificar que no exista un cobro o **recobro duplicado que corresponde a** aquel que se presenta más de una vez, en un mismo período de radicación o en períodos anteriores, razón por la cual, dentro del proceso de reconocimiento y pago se glosa una de las radicaciones.

7. **Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas:** los documentos allegados y los datos registrados en los mismos, evidencian el cumplimiento de los requisitos previstos en este Manual y son consistentes respecto al usuario, la tecnología en salud y las fechas establecidas, es decir:

i) Al realizar la lectura transversal de la copia de la orden y/o fórmula médica, de la copia del acta del CTC o fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que la descripción de la tecnología en salud NO PBS-UPC y el nombre o identificación del usuario es consistente.

ii) Al realizar la lectura transversal de la copia de la orden y/o fórmula médica, de la copia del acta del CTC o fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que el proceso de prescripción, prestación/entrega y facturación se desarrolló de manera cronológica, excepto en los siguientes eventos:



Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia manifiesta o en un servicio de hospitalización: en estos dos casos, la autorización del CTC puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de egreso del paciente.

Cuando se trate de tecnologías en salud NO PBS-UPC requeridas por las víctimas que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley: en este caso, la autorización del CTC puede ser posterior a la prestación. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud NO PBS-UPC al usuario.

Cuando la compra de la tecnología en salud NO PBS se haya realizado al por mayor: en este caso, la fecha de emisión de la factura o documento equivalente podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud NO PBS-UPC.

8. **El valor cobrado o recobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas y demás normas aplicables:** en este caso las entidades solicitantes del pago deben presentar la solicitud del recobro/cobro debidamente liquidada; para efectuar la verificación de los valores que la SDSC reconoce y paga, es necesario que el auditor tenga en cuenta lo siguiente:

**i) De las cantidades**

Las cantidades autorizadas por el CTC u ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado.

Cuando se trate de recobros por tecnologías en salud que estén condicionadas a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

**ii) De los valores regulados o coberturas del PBS**

Cuando se trate de recobros de medicamentos o dispositivos médicos se valida si se encuentran regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Se verifica si la tecnología en salud tiene definido un comparador administrativo.

Se verifica si la tecnología en salud facturada tiene un reemplazo o sustituto en el Plan de Beneficios Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado.



### iii) De los cálculos específicos

Los valores que se tienen en cuenta para realizar los respectivos cálculos de reliquidación son los siguientes, de acuerdo con los casos que se enuncian, así:

Medicamentos NO PBS-UPC autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela: diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el PBS del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Medicamentos NO PBS-UPC autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela que tienen establecido un comparador administrativo: diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

El valor tope a reconocer en la Factura será el valor máximo autorizado por la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPM) para la fecha de la atención, si la Tecnología (Medicamento) no tiene valor máximo de referencia por la CNPMD Auditor y/o la Secretaria de desarrollo de la Salud, se tomará como referencia el valor del SISMED para la fecha de prestación.

Procedimientos de salud NO PBS-UPC, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela: valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Procedimientos de salud incluidos en el PBS-UPC, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela: cuando el procedimiento de salud está incluido en el PBS-UPC, pero se realiza con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, los valores a tener en cuenta para efectos de la reliquidación corresponden a la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluido en el PBS-UPC.

Medicamentos y dispositivos NO PBS-UPC regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente: cuando se establezcan precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.aov.co



salud NO PBS-UPC, se reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos.

Medicamentos y dispositivos NO PBS-UPC regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, con un valor facturado menor que el establecido: 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, se reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos

Tecnología en salud NO PBS-UPC con un valor menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo: se debe entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro.

Insumos y dispositivos médicos: solo se reconocerán los excedentes que estén condicionados a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan de Beneficios en Salud o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social, Se reconocerá el valor de la factura de compra del proveedor más el 12% por gastos administrativos como máximo.

#### **iv) De los descuentos generales**

Al resultante del cálculo específico se le deducirá el valor que las entidades solicitantes del pago hayan cobrado al usuario por concepto de cuotas de recuperación según lo definido en la normatividad vigente.

Cuando se trate de recobro/cobros de tecnologías NO PBS-UPC ordenadas mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos en la normatividad vigente.



### Glosas

Por cada requisito tratado anteriormente se definen unas glosas, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito; teniendo en cuenta la normatividad y los procesos establecidos en la resolución el auditor podrá imponer las siguientes glosas:

<b>REQUISITO ESENCIAL 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no PBS-UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación.</b>	
<b>(Condición 1): Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (30)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3001	El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.
3002	La identificación del usuario no corresponde a la registrada en la BDUA.
3003	El régimen del usuario no corresponde al registrado en la BDUA
3004	El usuario se encuentra registrado en otra entidad recobrante
3005	El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción
<b>(Condición 2): El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (31)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El usuario se encuentra reportado fallecido para la fecha de prestación del servicio" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3101	El usuario se encuentra reportado fallecido para la fecha de prestación del servicio.
<b>REQUISITO ESENCIAL 2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por su PBS-UPC para su fecha de prestación.</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (32)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El servicio o tecnología en salud prescrita, facturada y entregada se encuentra cubierta por el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3201	La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.



3202	Los insumos, materiales o dispositivos médicos recobrados se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.
3203	El insumo recobrado se encuentra cubierto por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio y su uso no se relaciona en el Acta de CTC o fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo con el diagnóstico del paciente.
3204	Una o más de las tecnologías que componen o complementan la tecnología principal están cubiertas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.

**REQUISITO ESENCIAL 3. El servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC fue prescrita por el médico tratante del usuario.**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (33)** y **DESCRIPCIÓN** "No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

3301	La prescripción de medicamentos NO PBS no cumple con los requisitos del Decreto 2200 de 2005.
3302	La prescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) no cumple con el mínimo establecido para su verificación.
3303	La orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada
3304	No aporta orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica que evidencie la prescripción.
3305	La orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica no es legible.

**(Condición No. 2): El servicio o la tecnología en salud NO PBS-UPC fue originada en un fallo de tutela**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (35)** y **DESCRIPCIÓN** "El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud cobrada/recobrada" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

3501	No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
3502	El fallo de tutela aportado está incompleto
3503	El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
3504	El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante.
3505	La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
3510	El número de prescripción la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
3513	El fallo de tutela no se anexó, y no se aportó otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial.
3514	No se aportó la certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible.



3515	El fallo de tutela no registra el nombre o identificación del usuario.
3516	La prescripción de las tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.

En caso de recobros derivados de fallos de tutela, podrá adjuntarse, en ausencia de la prescripción médica, el fallo que ordena expresamente la tecnología en salud o el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.

Los requisitos que evaluará el auditor de conformidad con el Artículo 16 del Decreto 2200 de 2005 y que deben cumplirse para efecto de la auditoría de cobro/recobros son:

- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- Clara y legible
- Se hará en idioma español en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
- La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.
- La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
- La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
- Cuando se trate de preparaciones magistrales, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

Los requisitos que evaluará el auditor de conformidad con el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 y que deben cumplirse para efecto de la auditoría de cobro/recobros son:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente o documento de identificación.
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.



**REQUISITO ESENCIAL 4** El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial mediante fallo de tutela

(Condición 1): El Acta de CTC se aporta o contiene la información requerida por la normativa vigente

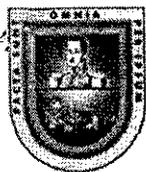
El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (34)** y **DESCRIPCIÓN** "El Acta de CTC no se aporta o no contiene la información requerida por la normativa vigente" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

3401	No aporta acta de CTC de la tecnología en salud y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
3402	El Acta de CTC No.() no es legible (aplica para cualquier campo evaluable del documento)
3403	El acta de CTC No.() no incluye nombre o identificación del usuario
3404	El acta del CTC No.() no contiene la fecha de elaboración
3405	El Acta del CTC No. () no identifica el diagnóstico o no registra la codificación internacional de enfermedades CIE10.
3406	El Acta de CTC No. () no contiene la justificación médica de la decisión adoptada o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.
3407	El acta de CTC No. () no describe el nombre del medicamento autorizado de forma completa.
3408	El Acta de CTC No. () no describe el procedimiento autorizado de forma completa.
3409	El Acta de CTC No. () no identifica de forma completa el insumo autorizado y/o no cumple la condición de exceder el condicionamiento definido en el PBS o su mención explícita.
3410	El Acta del CTC no identifica el o los procedimientos con su código CUPS correspondiente, en los que fue utilizado el dispositivo médico autorizado
3411	El Acta del CTC No. () no contiene la certificación de cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización.
3412	El Acta del CTC No. () no contiene el diligenciamiento de todos los criterios para la aprobación de exclusiones expresas del PBS definidos en la Sentencia T-160 de 2014
3413	El acta del CTC No () no identifica el o los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado con su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, Código ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.
3414	El Acta del CTC No. () no identifica el comparador administrativo del medicamento cobrado/recobrado
3415	El acta del CTC No () no identifica el o los procedimientos del PBS que se reemplazan o sustituyen, (si aplica) equivalentes a los autorizados o negados con el CUPS (si aplica), objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total
3416	El acta del CTC No () no identifica el comparador administrativo del procedimiento cobrado/recobrado.
3417	El Acta de CTC no permite verificar la decisión adoptada por el Comité.
3418	La fecha de realización del CTC es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud, no se trata de un CTC hospitalario, no es una urgencia manifiesta ni el usuario es una víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011.
3419	El Acta de CTC No. () no registra nombre y firma de uno o más de los integrantes del CTC, indicando número de registro médico cuando aplique y no se anexa certificación



	del representante legal en la que se indique bajo la gravedad de juramento que el Acta fue suscrita en sesión realizada por los integrantes autorizados y de acuerdo con la información allí registrada.
3420	El Acta Aclaratoria de CTC No. () afecta la situación o el derecho creado en favor del respectivo usuario, modifica la tecnología en salud recobrada, no es congruente entre lo solicitado, lo deliberado, lo facturado y lo suministrado.
3421	El acta consolidada de CTC No. () no cuenta con los siguientes requisitos: la identificación de cada uno de los casos analizados en la sesión, número consecutivo, firma autógrafa o digital de todos los miembros, nombre completo del usuario, tipo y número de identidad, tecnología en salud evaluada, concepto del comité y cantidad autorizada.
3422	El Acta de CTC No. () que autoriza varias Tecnologías en Salud no cumple con las siguientes condiciones: i) corresponder a un mismo usuario, ii) estar aprobadas en la misma fecha, iii) la justificación médica y el diagnóstico no aplica en todos los casos de igual forma y iv) no cumple con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013
3423	La tecnología en salud NO PBS cobrada/recobrada presenta alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS
<b>(Condición 2): El fallo de tutela y/o sus anexos se aporta(n), o contiene(n) la información requerida</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (35)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3501	No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
3502	El fallo de tutela es incompleto
3503	El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
3504	El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante
3505	La tecnología en salud cobrada/recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
3506	La tecnología en salud cobrada/recobrada no se encuentra identificada en el fallo de tutela y no adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
3507	El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada y/o no se encuentra debidamente firmado.
3508	El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no identifica el comparador administrativo del medicamento cobrado/recobrado

El Acta de CTC puede contener varias tecnologías en salud siempre y cuando correspondan a un mismo usuario, se estén aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, correspondan a solicitudes del mismo médico tratante, la justificación



médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en el resto del formato.

En caso de prestaciones sucesivas, solo se adjunta Acta de CTC la primera vez y Posteriormente solo se informará el número único de radicación del cobro/recobro donde fue aportada inicialmente, de conformidad con el parágrafo 1 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013.

En la justificación se verifica, que sea específica para el usuario y que lo autorizado tenga una relación coherente con la patología diagnosticada.

Para que el Acta de CTC se considere completa en caso de autorizar medicamentos debe identificar: Principio(s) activo(s) individuales o combinados, Código ATC, Concentración, Forma farmacéutica, Número de días/tratamiento, Número de dosis/día, Cantidad autorizada.

El procedimiento autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: El CUPS del procedimiento autorizado (si lo tiene), Frecuencia uso, Cantidad Autorizada, Tiempo Total, Objetivo y motivo de recurrencia si aplica.

El insumo autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: Nombre, Objetivo, Frecuencia uso, Cantidad Autorizada y Tiempo Total.

El Acta de CTC debe estar firmada mínimo por 2 de los integrantes del Comité con el respectivo nombre y registro médico si aplica este último. Siempre que las firmas estén incompletas debe adjuntar de acuerdo con el Parágrafo 3 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013 la certificación del representante legal de la entidad cobrante/recobrante.

El fallo de tutela completo corresponde a aquel que tenga la totalidad de los folios expedidos por la autoridad judicial, la fecha, el nombre de la autoridad judicial y el número del proceso.

Si el fallo de tutela en cualquiera de sus partes otorga un tratamiento integral o no es expreso para identificar la Tecnología en Salud No PBS a recobrar deberá adjuntar el Formato De Justificación Médica De Tecnologías En Salud Ordenadas Por Fallos De



Tutela Que No Sean Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador Administrativo.

En los casos en que el diagnóstico inicial que motivó el fallo de tutela ha cambiado, debe remitirse una justificación que permita la correlación entre el diagnóstico consignado en el fallo, el diagnóstico actual y lo recobrado, soportado por la firma de un auditor de la entidad.

<b>REQUISITO ESENCIAL 5 El servicio o tecnología sin cobertura en el PBS-UPC del Régimen Subsidiado fue efectivamente suministrado al usuario</b>	
<b>(Condición 1): Evidencia la entrega de la tecnología en salud NO PBS objeto de cobro/recobro</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (36)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "No se evidencia la entrega de la tecnología en salud NO PBS objeto de cobro/recobro" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3601	La entidad no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología NO PBS-UPC.
3602	La entidad recobrante no aporta el documento con la firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden, certificación del proveedor o formato diseñado para tal fin.
3603	La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología.
3604	La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.
3605	La evidencia de entrega no es legible.
3606	La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.
<b>(Condición 2): La factura de venta o documento equivalente se aporta o contiene la información requerida</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (37)</b> y <b>DESCRIPCIÓN</b> "La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3701	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud.
3702	La factura de venta o documento equivalente no es legible.
3703	La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no está completa.
3704	La factura No. ( ) no incluye el detalle de cargos la tecnología en salud NO PBS- UPC o servicio complementario, expedido por el proveedor y no se anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle.
3705	La factura No. ( ) incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO PBS-UPC por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba

PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344

contactenos@cordoba.gov.co

www.cordoba.gov.co



3706	La factura No. () incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud no PBS-UPC o servicio complementario y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrada la tecnología en salud o servicio complementario y la factura a la cual se imputa la tecnología en salud o servicio complementario.
3707	La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación.
3708	La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración andina de valor.
3709	La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero.
3710	No aporta la certificación firmada por el representante legal de la entidad en la que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro/cobro, el afiliado y la cantidad recobrada.
3711	No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
3712	La factura No. () no contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación Familiar cuando se suministra la tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario a su programa de EPS.
3713	La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica.

La evidencia de la entrega de la tecnología NO PBS-UPC al usuario, se verificará con la firma o documento de quien lo recibe. Tenga en cuenta que no siempre el paciente puede ser el firmante incluso por su misma condición de salud, el requisito se mantiene ante la importancia de tener evidencia que el servicio fue recibido.

La firma o el número de identificación como constancia de recibido, debe estar presente en cualquiera de los siguientes soportes: en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica. Si no se encuentra en ninguna de las anteriores, valide que el recobro traiga adjunta una certificación del prestador que indique si el servicio fue efectivamente entregado o verifique si trae un formato diseñado por la entidad que dé cuenta de la entrega del servicio.

Atenciones donde la estadía del paciente sea superior a 24 horas dentro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud: se admitirá como evidencia de suministro en caso de tratarse de medicamentos, las órdenes médicas y hojas de aplicación de medicamentos o notas de enfermería, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

Para el caso de tecnologías en salud no PBS-UPC usadas en salas de cirugía se admitirá como evidencia de suministro la hoja de descripción quirúrgica o la hoja de gastos de la cirugía, en caso de tratarse de medicamentos, se admitirá como soporte el récord de anestesia. Lo



anterior, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

Se entiende por factura completa aquella que cumple las siguientes condiciones: Nombre o identificación del afiliado al cual se suministra la tecnología no PBS, descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud no PBS y fecha de radicación de la factura ante el pagador.

Si el servicio prestado es unitario no se requiere la cantidad.

Si la factura contiene cantidades claras y el valor total por cada servicio prestado, que permita determinar el valor unitario, no se exigirá que este descrito el mismo.

Siempre y en cualquier caso la factura debe aportar el detalle de cargos, en ausencia de éste la certificación del representante legal de la entidad.

<b>REQUISITO ESENCIAL 6. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no PBS-UPC corresponde a la SDSC y se presenta por una única vez.</b>	
<b>(Condición 1): El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde a la SDSC</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (38)</b> y <b>DESCRIPCIÓN "El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no le corresponde a la SDSC"</b> cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3801	El fallo no otorga de manera expresa el recobro/cobro a la SDSC por prestaciones económicas.
3802	El fallo de tutela a favor de usuario del régimen Contributivo, especial o excepcional no otorga de manera expresa recobro/cobro a la SDSC.
3803	La tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de tránsito y aún no se ha agotado la cobertura SOAT.
3804	La tecnología en salud NO PBS-UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral.
3805	La tecnología recobrada objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela o tratándose de fallos de tutela integrales no se adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
3806	El paciente corresponde al régimen Contributivo, especial o excepcional y la Entidad no adjunto el formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.
<b>(Condición 2): La tecnología en salud objeto de recobro/cobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por la SDSC.</b>	
El auditor impondrá la glosa identificada con <b>CÓDIGO (39)</b> y <b>DESCRIPCIÓN "La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por la SDSC"</b> cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de <b>NO APROBADO</b> .	
3901	La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada dos veces en el mismo paquete. Se anulan los recobros/cobros radicados No. ( )



3902	La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No. ()
3903	La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido pagada con anterioridad por la SDSC, en el recobro/cobro No.() correspondiente al paquete ()

**REQUISITO ESENCIAL 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos.**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (41)** y **DESCRIPCIÓN** "La tecnología recobrada o el usuario no es consistente en los diferentes soportes del cobro/recobro" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

4101	La tecnología en salud autorizada por el CTC, ordenada por fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde con la facturada
4102	La tecnología en salud autorizada por el CTC, ordenada por fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde con la suministrada
4103	La tecnología en salud autorizada por el CTC, no corresponde con la prescrita por el profesional de la salud tratante.
4104	El usuario contenido en el Acta de CTC, fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente
4105	El usuario contenido en el Acta de CTC, no corresponde con el registrado en la prescripción médica
4106	El usuario contenido en el fallo de tutela, no corresponde con el registrado en la prescripción médica o en el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo

**REQUISITO ESENCIAL 8: El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente**

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (42)** y **DESCRIPCIÓN** "El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **APROBADO CON RELIQUIDACIÓN**.

4201	El valor cobrado/recobrado es mayor al valor liquidado conforme a lo establecido en el presente manual y el Artículo 12 de la Resolución 1479 de 2015, por lo tanto, se reliquida y se glosa la diferencia.
4212	Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad efectivamente suministrada al usuario, se glosa la diferencia.
4213	Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad prescrita al usuario, dado que lo suministrado y facturado excede dicha cantidad, se glosa la diferencia.
4203	Se reconoce () unidades correspondientes al servicio o tecnología en salud NO PBS-UPC, las demás unidades recobradas se glosan dado que están incluidas en el Plan de beneficios.
4204	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. (), por lo tanto, se glosa la diferencia.
4205	El valor de la tecnología en salud recobrada, es mayor al valor máximo establecido, por lo tanto, se glosa la diferencia.
4206	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.



4207	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del procedimiento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4208	El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4209	El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4210	Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo incluido en el PBS y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación.

Para la reliquidación debe tener en cuenta la fecha de prestación de servicio y la normativa aplicable para esa fecha, relacionada con regulación de precios, en los casos en que aplique.

En cuanto a los procedimientos de salud NO PBS-UPC autorizados por Comité Técnico Científico u ordenados por Fallo de Tutela que no tengan un procedimiento que lo reemplaza o sustituye en el PBS, y así mismo esté justificado en los respectivos documentos del recobro, se reconocerá el valor facturado por el proveedor del servicio.

#### **Resultado de la auditoría integral y comunicación a las entidades**

Una vez realizadas las actividades del proceso de auditoría integral se obtienen los resultados de dicho proceso, los cuales son comunicados a la entidad cobrante/recobrante, quien tiene 2 meses de acuerdo con la normativa vigente para objetar dicho resultado. Los resultados de Auditoría Integral pueden ser los siguientes:

**Aprobado:** Cuando alguno o algunos de los ítems del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

- ✓ Aprobado total: cuando todos los ítems(s) del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.
- ✓ Aprobado con reliquidación: Cuando se aprueban todos los ítems del recobro/cobro, sin embargo, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.
- ✓ Aprobado parcial: cuando se aprobaron para pago parte del ítem(s) del recobro/cobro

**No aprobado:** Cuando todos los ítems del recobro/cobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

El resultado de la auditoría integral del recobro/cobros se comunica al representante legal de la entidad por medio de dirección electrónica y por vía telefónica, La



notificación contendrá el detalle del estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa que se hayan aplicado, dentro de los cinco (5) días siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. La comunicación contendrá la siguiente información:

- Fecha de expedición de la comunicación.
- Número de radicación de cada recobro/cobro.
- Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- Causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago, cuando exista aprobación parcial.
- Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Cuando la entidad no esté de acuerdo con el resultado puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "Objeción al resultado de auditoría", precisando las razones de la misma por cada ítem de cada uno de los recobros. Para dicho proceso es necesario tener en cuenta:

- En caso que se presenten varias glosas a un mismo recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
- La objeción no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
- Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.
- 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, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información, si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro, la entidad, podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
- El período habilitado para la radicación de las objeciones son 15 primeros días del mes en la oficina de auditoría de cuentas de la SDSC o quien haga sus veces.
- Las objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.
- Las objeciones deben incluir el número de identificación de la solicitud de recobro/cobro asignado inicialmente.



- El resultado de la objeción se dará dentro de los 2 meses siguientes a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

### **Conciliación**

En casos de conciliación de glosas se el auditor encargado convocará reunión de conciliación la cual se llevara a cabo en las oficinas de la SDSC en esta estarán presentes las partes interesadas, la SDSC estará representada por el auditor encargado de auditar la cuenta y funcionario de la entidad solicitante del cobro/recobro, en los casos que se requieran el auditor podrá convocar tanto a funcionarios de la entidad prestadora del servicio como de la entidad aseguradora del usuario; en caso que la conciliación no sea realizada por el representante legal de la entidad solicitante del pago este debe delegar de manera formal mediante oficio a funcionario para llevar a cabo la conciliación de glosas y firma de acta resultante.

Este proceso genera un acta de conciliación que especificara los valores finales de glosa y pago, esta acta será suscrita por las partes que intervienen en el proceso.

Terminada la etapa de auditoría integral y establecido el valor definitivo a pagar, el auditor realiza entrega la totalidad de los soportes documentales recibidos al inicio de la auditoria anexando el informe de auditoria y acta de conciliación de glosas en los casos que haya lugar al funcionario encargado de la oficina de Auditoria y Cuentas médicas para continuar el respectivo trámite.

### **Etapas de Pago**

Una vez se culmina la etapa de auditoría Integral prosigue la etapa de pago, la cual da inicio con la entrega por parte de la oficina de Auditoria y Cuentas Médicas de los soportes para pago a la oficina financiera/cartera de la SDSC y finaliza con el pago de la cuenta, en el desarrollo de esta etapa participan varias dependencias siguiendo la siguiente secuencia:

1. La oficina Financiera/Cartera recibe de la Oficina de Auditoria y Cuentas Medicas el informe de auditoría, acta conciliación en caso que haya lugar, facturas individuales por usuario, informe RIPS y documentos legales, a los cuales se les realiza Control de Auditoría Contable verificando el valor de la facturación radicada, valor reportado por informe de auditoría, valor glosado, valor reportado en acta de conciliación de glosas en caso de haberse requerido, valor total a pagar, una vez se aprueba la auditoría



- contable se solicita a la oficina de presupuesto adscrita a la Secretaria de Hacienda de Córdoba expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP).
2. Este proceso su continuidad o cumplimiento en el tiempo este sujeto a la disponibilidad de presupuesto de la gobernación de Córdoba.
  3. Una vez la oficina de presupuesto expide el CDP este es enviado a la oficina de Financiera/Cartera de la SDSC, la cual se encarga de entregar el CDP y los soportes de pago a la oficina de jurídica de la SDSC para la elaboración conjunta de la Resolución de Pago que contiene datos contables y aspectos jurídicos que respaldan el pago.
  4. Elaborada la resolución de pago se adjuntan los soportes de pago y se traslada al despacho del Secretario de Desarrollo de la Salud para revisión y firma.
  5. La resolución de pago firmada por el Secretario de Desarrollo de la Salud de Córdoba se traslada a la oficina de Presupuesto en la sede principal de la Gobernación de Córdoba para su revisión y expedición del Registro Presupuestal.
  6. Posterior a revisión de oficina de presupuesto la cuenta pasa a Central de Cuentas para elaboración de la Orden de Pago con Registro Presupuestal, Resolución de Pago, Certificado de Disponibilidad Presupuestal y los documentos que soportan el pago de la cuenta.
  7. La cuenta y demás documentos que soportan el pago, pasan a tesorería para realizar pago a través de Transferencia Electrónica.

Proyecto y Elaboró: Karina Hoyos M.  
Revisó y Aprobó: Embert Amaya P.

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3-28 Montería - Córdoba  
PBX: +(57)4 7926292 - 01 8000 915344  
contactenos@cordoba.gov.co  
www.cordoba.gov.co