REPÚBLICA DE COLOMBIA

Departamento del Quindío

GOBERNACIÓN

DECRETO NÚMERO 0 - - - - 0 7 8 DE 20 0 5 FEB 2019

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBROS/ COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PRESCRITOS EN MIPRES

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el artículo 305 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 715 de 2001, Resolución 1479 de 2015, Resolución 2438 de 2018, Resolución 5871 de 2018 y,

C O N S I D E R A N D O

A. Que el artículo 305 de la Constitución Política de Colombia, prescribe: "Son atribuciones del Gobernador: numeral 1º. Cumplir y hacer cumplir la Constitución, las leyes, los decretos del Gobierno y las Ordenanzas de las Asambleas Departamentales."

B. Que La Ley 715 de 2001, establece en su artículo 43, la competencia de los departamentos en salud así: *""43.1… 43.2. De prestación de servicios de salud, 43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. 43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental."*

C. Que la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social "Por la cual 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" en su artículo 4 establece: "Evaluación de la situación en salud. El Departamento o Distrito, Analizará la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, Operativas y financieras y con base en estas, adoptará uno de los dos modelos Establecidos en los Capítulos I y II del presente título para la garantía de la Prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado o, de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto Administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada Uno de los modelos definidos en el presente título, garantizando el flujo de recursos Oportuno para los prestadores de servicios de salud".

D. Que el artículo 11 ibídem ordenó que cada Ente Territorial debía adoptar mediante Acto Administrativo el procedimiento para la verificación y control de solicitudes de pago de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud que sean provistos por los Prestadores o por las Empresas Administradoras de planes de beneficios que tiene afiliados al Régimen subsidiado de Salud.

E. Que dando cumplimiento a lo anterior, a través de la Resolución Departamental número 1365 de 14 de julio de 2015 y cuya aplicación se dio a partir del 01 agosto de 2015 el Departamento del Quindío, adoptó e implemento en la Secretaría de Salud Departamental, el modelo II para la prestación de servicios, el cual se desarrolló a través del manual I de procedimientos para la verificación de los cobros/recobros y solicitudes de pago de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios con cargo al Departamento del Quindío, manual adoptado mediante Resolución Departamental 001906 del 11 de octubre del 2017.

F. Que la Resolución número 2438 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se establece 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" estableció en su artículo 46 lo siguiente: "Articulo 46. Transitorio. *A más tardar el 1 de enero del 2019 las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios deberán encontrarse activadas en el aplicativo de prescripción de que trata el presente acto administrativo. Para el efecto diseñaran el plan de implementación que se requiera conforme con su capacidad tecnológica y administrativa. Mientras es activada la entidad territorial en el aplicativo, 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.*

En este sentido, la entidad territorial deberá adoptar en un periodo no superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de su activación en el aplicativo, el procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC, autorizadas por el comité técnico científico u ordenados a través de fallos de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica".

G. Que posteriormente y mediante Resolución 5871 del 28 de diciembre del 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se modifica la resolución 2438 de 2018 en relación con el plazo para la activación de las entidades territoriales en el aplicativo de prescripción MIPRES del régimen subsidiado" dispuso en su artículo primero ampliar el mencionado plazo hasta el 1 de abril del 2019.

H. Que para dar cumplimiento a las Resoluciones 2438 de junio de 2018 y Resolución 5871 de diciembre de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social se hace necesario que el Departamento del Quindío - Secretaría de Salud Departamental elabore y adopte un segundo (II) Manual de Auditoria Integral de Recobros/ cobros por Servicios y Tecnologías en Salud no cubiertas por el plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios prescritos en MIPRES, en el cual se regula el proceso de pre validación, validación, pre radicación, radicación, verificación y control para pago de las solicitudes de cobro/recobro ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, prescritos y ordenados por el médico tratante y reportados en el aplicativo MIPRES a partir del 1 de marzo del 2019 el cual deberá estar integrado por las etapas de Pre Radicación, Radicación, Pre auditoria y Auditoria Integral.

I. En este sentido se hace necesario hacer la aclaración que el manual I deberá continuar vigente, para efectos de la transitoriedad, ya que todas las prestaciones de servicios de salud por tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios tramitadas por comité técnico científico, deberán regularse por lo prescrito en el manual I.

En mérito de lo expuesto, el Gobernador del Departamento del Quindío

DECRETA:

ARTÍCULO PRIMERO. DE LA ADOPCIÓN DEL MANUAL II: Adóptese el manual II de auditoría integral de recobros/ cobros por servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios prescritos a través del MIPRES, el cual se encuentra en los artículos precedentes.

CAPITULO PRIMERO

PROPÓSITO, ALCANCE Y DEFINICIONES

ARTICULO SEGUNDO. DEL PROPOSITO: El proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro/cobro ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío está integrado por las etapas de pre radicación, radicación, pre auditoría y auditoría integral, de conformidad con las Resoluciones 2468 de 2018, 1479 de 2015 y la Resolución Departamental 1365 de 2015

La auditoría integral, corresponde a la etapa del proceso en donde se revisan las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes, considerando tres aspectos a saber: técnico-médico, jurídico y financiero; los cuales se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC. Por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos, da como resultado la aplicación de NO APROBADO.

En este sentido, el propósito fundamental de este documento es estandarizar los criterios de verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en la resolución 1479 de 2015 adoptados mediante la Resolución Departamental 1365 de 2015 para los Recobros / Cobros presentados ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío, por tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios, en el aspecto técnico - médico, jurídico y financiero, señalados por las normas vigentes e instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y describir los lineamientos técnicos que servirán de base en la etapa de auditoría integral con el fin de obtener los resultados esperados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Salud – SGSSS, en especial las entidades recobrantes; I.P.S. y Proveedores, en los tiempos y con la calidad que se requiere, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

Es importante precisar, que el éxito del proceso de auditoría integral se encuentra ligado de manera directa a la responsabilidad que les asiste a las entidades recobrantes, en relación a la veracidad, claridad, consistencia y precisión de la información que se radica en las solicitudes, así como que esta se realice dentro de los términos y condiciones que se indican en las normas expedidas por el Ministerio

de Salud y Protección Social, para obtener los mejores resultados en el proceso de reconocimiento y pago de tecnologías en salud tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios.

ARTICULO TERCERO. DEL ALCANCE: El presente manual está dirigido y su contenido aplica a los siguientes actores:

3.1 Responsable de la Auditoría Integral de las solicitudes de pago: encargado de realizar el proceso de auditoría a las solicitudes de pago presentadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, en los ámbitos administrativo, técnico, médico, jurídico y financiero

3.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de **Tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y Servicios Complementarios :**persona natural o jurídica que suministra la tecnología sin cobertura en salud, por solicitud de las Entidades Administradoras de planes de beneficios, las cuales deberán ser prescritas a través de la herramienta tecnológica dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social "Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC-MIPRES No PBS".

3.3 Administradoras de Planes de Beneficios: Entidad responsable de garantizar a sus afiliados la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud y posteriormente adelantar el proceso de recobros/cobro o de solicitud de pago a sus proveedores, según corresponda, ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, dentro de los parámetros establecidos y con la responsabilidad que le asiste en relación a la claridad, veracidad, consistencia y precisión de la información presentada en las solicitudes, así como que ésta se realice dentro de los términos y condiciones establecidas.

ARTICULO CUARTO. DE LAS DEFINICIONES:

4.1 Acta de Conciliación: Documento que contiene el resultado de una reunión de conciliación, en donde intervienen y firman el responsable de la auditoría integral de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío y el representante debidamente autorizado por la Administradora de Planes de Beneficios, la Institución Prestadora de Salud que preste el servicio si es requerida y en donde se registran los acuerdos surgidos en la reunión.

4.2 Administradora de Planes de Beneficios: Entidad que garantiza el suministro y presentación de los documentos para el pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud a uno de sus afiliados en virtud a la prescripción por el profesional en salud a través de la herramienta tecnológica dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social "Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC-MIPRES No PBS".

4.3 Atención Inicial de Urgencias: Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

4.4 Atención de Urgencia: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4.5 Auditoría Integral: Es la etapa en la cual la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o la entidad que ésta designe, verifica el cumplimiento de los requisitos para el pago de los Recobros/Cobros y solicitudes de pago que presenten las Entidades Administradoras de beneficios, teniendo en cuenta los ámbitos administrativos, técnico-médico, jurídico y financiero.

4.6 Aval de pago: Documento que expide la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o entidad que ésta designe, luego de haber realizado el proceso de auditoría integral de la solicitud de pago, en donde informa el valor a pagar y con el cual garantiza de manera objetiva que dicha obligación es procedente para su reconocimiento y pago por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío de acuerdo a la normatividad y procedimiento vigente.

4.7 Base de Datos: Plataforma tecnológica que permite almacenar información de forma organizada con base en una parametrización previamente establecida. Es una herramienta con la cual se efectúan validaciones en el proceso de verificación para control y pago de los recobros/cobros y las solicitudes de pago presentadas ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío.

4.8 Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): Base de datos de aportantes y afiliados plenamente identificados, que contiene la información oficial de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes especiales y exceptuados del mismo y planes adicionales. Siendo responsable a EAPB de la calidad de los datos.

4.9 Cantidad autorizada: Cantidad total de tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario, Junta médica o el profesional responsable de la prescripción en Mipres.

4.10 Formato "NO Aprobado" Auditoría Integral: Formato de comunicación de Cobros/Recobros NO Aprobados, encontradas durante el proceso de auditoría integral de las solicitudes de pagos, mediante el cual se informa a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, el detalle de las objeciones realizadas.

4.11 Documento del Proveedor con Detalle de Cargos: Documento de la persona natural o jurídica que suministra a la Administradora de Planes de Beneficios una tecnología en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se utiliza para las prestaciones facturadas por paquete, programa, clínicas o conjuntos de atención entre otros y que no corresponden a servicios unitarios, cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado de la tecnología en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC por cada usuario o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.

4.12 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 tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC 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.

4.13 Certificación del representante legal cuando la Administradora de Planes de Beneficios importa directamente el medicamento objeto de la Solicitud de pago: Documento en donde se informe que la Tecnología en Salud cobrada, fue directamente importada por la Administradora de Planes de Beneficios, en cuyo caso, se deberá anexar a los demás documentos requeridos por la Normativa Vigente.

4.14 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.

4.15 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 con su justificación. Cuando sea requerida y no se realice por medio de Mipres.

4.16 Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión para Colombia (CIE 10): Es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología y la gestión de la salud, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países. Consiste en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y sub categorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa. Su registro implica necesariamente que está relacionado con el servicio solicitado.

4.17 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

4.18 Comparador Administrativo: Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud POS, que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios utilizarán para definir el monto a cobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de solicitudes de pago.

4.19 Concentración del Medicamento: Cantidad de principio activo que contiene un medicamento, en un determinado peso o volumen.

4.20 Conciliación de No Aprobados: Reunión sostenida entre la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o entidad que ésta designe, responsable de la auditoría integral de los recobros/cobros, funcionario delegado por la APB y el delegado de la IPS dando cumpliendo al modelo II y la normatividad vigente.

4.21 Código Único de Medicamentos (CUMS): Identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

4.22 Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país. Implica que la totalidad de los servicios deben tener expresamente esta codificación definida por el estado.

4.23 Medicamentos Regulados: Base correspondiente a los precios de Medicamentos y dispositivos Médicos, ajustados al IPC mediantes la Normatividad vigente.

4.24 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.

4.25 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.

4.26 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 financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC, tales como: tiquetes de máquina registradora, tiquetes o billetes de transporte de pasajeros, incluido el tiquete o billete electrónico y la factura electrónica.

4.27 Denominación Común Internacional (DCI): Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

4.28 Días/Tratamiento: Cantidad del medicamento que se administra para mantener el efecto farmacológico, una vez se obtiene la concentración plasmática o una determinada respuesta clínica. También se define como la dosis administrada durante el estado estacionario por unidad de tiempo o por intervalo de dosificación.

4.29 Disponibilidad del Medicamento Importado: Corresponde a sobrante de medicamento importado para un usuario específico, que por razones ajenas a la Administradora de Planes de Beneficios no se puede utilizar en éste.

4.30 Dosis del Medicamento: Cantidad indicada para la administración de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.

4.31 Dosis/Día: Cantidad de medicamento que se administra durante 24 horas.

4.32 Epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, o de hospitalización, de acuerdo con los contenidos y características definidos en la Resolución 3374 de 2000, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

4.33 Equipo Biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

4.34 Etapas del Proceso de Verificación y Control de los recobros y cobros: Los **recobros/cobros de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura** en el POS, surtirán las siguientes etapas de verificación y control:

4.34.1 Pre–radicación: Consiste en la presentación y validación del Formato MYT-R junto con los Archivos en medio magnético TXT los cuales se deben enviar por a la siguiente dirección de correo electrónico cuentasmedicas@gobernacionquindio.gov.co, del 1 al 10 de cada mes, la Secretaría de salud del Quindío validara los archivos y enviara por correo electrónico el pantallazo de validación, el cual debe estar anexo en la presentación del recobro y/o cobro.

4.34.2 Radicación: se presenta ante la secretaría de salud del Quindío, el formato MYT–R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda.

4.34.3 Pre-auditoría: se verifica que el Recobro/Cobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

4.34.4 Auditoría Integral: se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los Recobros/Cobros, conforme a lo descrito en el presente manual.

4.35 Prescripción: Corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de pago por parte de las Entidades Administradoras de Planes de beneficios y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Proveedores) al no adelantar la etapa de radicación ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o la entidad que ésta defina, dentro del plazo que establezca la normatividad vigente, tomando como base la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago, es decir la fecha de radicación de la factura de venta o documento equivalente por parte del proveedor ante la entidad solicitante del pago o de la ocurrencia del evento o prestación del servicio. Si su vencimiento sucede en día posterior al día de radicación, se entiende radicado en tiempo, siempre y cuando se presente en el período de radicación inmediatamente siguiente. Los tiempos se establecen en el artículo 73 de la Ley 1753 donde se determina que, para los recobros, reclamaciones y giro de recursos, la entidad encargada se debe tener en cuenta:

- Para los recobros y reclamaciones será de 3 años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrada de la tecnología en salud o egreso del paciente. Si no se hace en dicho periodo se prescribe el derecho a la reclamación.

4.36 Evidencia de Entrega: Prueba que permite a la entidad solicitante del pago, demostrar que la tecnología autorizada u ordenada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada en el mismo y teniendo en cuenta la normatividad vigente.

Evidencia de entrega en servicios ambulatorios: Firma o número de identificación del: i) paciente, ii) representante del paciente, iii) responsable del paciente, iv) acudiente del paciente o v) de quien recibe la tecnología, registrada en alguno de los siguientes documentos: i) factura de venta, ii) documento equivalente a la factura, iii) fórmula médica, iv) orden médica, v) certificación del prestador, o vi) formato diseñado por la entidad recobrante

4.37 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 sin cobertura en el POS entrega al comprador de la misma y responsable del pago.

4.38 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 Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías sin cobertura en el POS.

4.39 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, establecidos en la nota externa 201433200179423 (Anexo 1 del presente procedimiento).

4.40 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, etc.

4.41 Fórmula u Orden Médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos o solicita los servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos prescritos a través del aplicativo MIPRES.

4.42 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.

4.43 Formato MYT – R: Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico Científico y/o fallos de tutela) y por proveedor de las tecnologías sin cobertura en el POS para el caso de solicitudes de pago en virtud de la Res 1479 de 2015 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 y debe anexarse a cada una de los paquetes generales o reclamaciones de recobros/cobros y solicitudes de pago radicados ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

4.44 NO Aprobado: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de la solicitud, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente y en el presente procedimiento.

4.45 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.

4.46 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): Ente cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

4.47 Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras) organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las Entidades Promotoras de Salud – EPS's o fuera de ellas.

4.48 Justificación Médica de la Necesidad de una tecnología en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC: Documento diligenciado por el médico tratante que solicita la tecnología sin cobertura en el POS, en donde sustenta la necesidad del usuario y registra claramente los datos necesarios para que el Comité Técnico Científico (CTC), analice y tome la decisión de aprobación.

4.49 Justificación médica de la necesidad de una tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC: Documento diligenciado por el médico tratante que solicita la tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC, en donde sustenta la necesidad que tiene el usuario de acuerdo a su condición médica, de recibir un servicio o tecnología sin cobertura en el POS, registra y justifica claramente con los datos necesarios para que el Comité Técnico Científico (CTC), analice y tome la decisión de aprobación.

4.50 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 solicitante del pago debe registrar y justificar técnico científicamente la(s) tecnología(s) en salud suministrada(s) a un paciente en virtud dar cumplimiento a lo ordenado en un fallo de tutela que no sea expreso o que ordene un tratamiento integral. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

4.51 Malla Validadora: Para el caso de recobros/cobros y solicitudes de pago la herramienta que deben utilizar las IPS y Proveedores, es la que se encuentra disponibles en la página del Adres: www.adres.gov.co, esta malla se actualiza constantemente, por lo que se hace necesario disponer de la última versión al momento de la validación de la información. La Secretaría de Salud Departamental del Quindío, adopta esta malla validadora para la etapa de radicación de los recobros/cobros y las solicitudes de pago de tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios.

4.52 Medicamento: Preparación farmacéutica obtenida a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentada bajo una forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.

4.53 Medicamento Esencial: Preparación farmacéutica que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía de un país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud - POS, del SGSSS.

4.54 Medicamento Genérico: aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

4.55 Medicamento Vital No Disponible: Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

4.56 Medios Magnéticos: El término "medio magnético" se usa para describir cualquier formato en el que la información sea guardada y recolectada en la forma de una señal magnética. Formas comunes de medios magnéticos son las cintas magnéticas, los discos duros, los CD y los disquetes. Para efectos de los recobros/cobros y las solicitudes de pago de tecnologías sin cobertura en el POS, la Secretaría de Salud Departamental del Quindío adopta los medios magnéticos establecidos en la resolución 5395 de 2013 para la etapa de radicación de las solicitudes por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

4.57 Objeción a los Resultados de Auditoría: Posibilidad de la entidad solicitante del pago, para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros y las solicitudes de pago, dentro del término establecido en el presente procedimiento establecido por la Secretaría de Salud Departamental del Quindío.

4.58 Orden o Fórmula Médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos o solicita los servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos prescrita por el aplicativo del MIPRES.

4.59 Tecnologías en salud financiadas por el Plan Obligatorio de Salud: conjunto de servicios de atención en salud (Actividades – Intervenciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos Medico quirúrgicos) a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar. Corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad. Contiene las tecnologías en salud cubiertas en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado. Los afiliados a los regímenes especiales exceptuados del SGSSS, como son los miembros de las fuerzas armadas, los miembros del magisterio y empleados de Ecopetrol tienen un plan de salud diferente.

4.60 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.

4.61 Presentación Comercial: Forma de empaque y distribución de los medicamentos con sus respectivas medidas de contenido. Puede ser caja, blíster, sobre, frasco, x10 x20 x30 x500, unidades, mililitros, gramos, miligramos, entre otras.

4.62 Prestación de Salud: Servicios de salud suministrados a los habitantes del territorio nacional, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

4.63 Prestación de Salud Única: Servicio de salud suministrado a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

4.64 Prestación de Salud Única Repetida: Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, que presenta complicación, recurrencia o como consecuencia de una posible mala práctica o evento adverso, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

4.65 Prestación de Salud Sucesiva: Servicio de salud suministrado a un usuario en forma periódica, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, en el que debe señalarse la frecuencia de uso, cantidad autorizada y el tiempo total que se autoriza.

4.66 Principio Activo: Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

4.67 Producto Biológico: Aquel que ha sido elaborado con materiales de partida de origen biológico, tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen vegetal o animal, células o fluidos de origen humano o animal y diseños celulares (sustratos celulares, sea o no recombinantes –incluidas las células primarias) así como otros de origen biotecnológico que se obtienen a partir de una proteína o ácido nucleico por tecnología ADN recombinante.

4.68 Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra a las Entidades Administradoras de planes de beneficios una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.

4.69 Recobro: Procedimiento adelantado por una Administradora de Planes de Beneficios para presentar cuentas por concepto de tecnologías no cubiertas en el

plan de beneficios POS, suministradas a un usuario ordenados por fallo de tutela y **que la EAPB ya haya cancelado al prestador.**

4.70 Cobro: Procedimiento adelantado por una Administradora de Planes de Beneficios para presentar cuentas por concepto de tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios POS, suministradas a un usuario y autorizadas por Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC-MIPRES No PBS u ordenados por fallo de tutela y que NO ha sido cancelada por la EAPB.

4.71 Registro Médico: Número de registro profesional otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social o las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, el cual avala al médico para ejercer su profesión en el territorio colombiano.

4.72 Requisitos Esenciales del Recobro/Cobro y de la Solicitud de pago: Son los requisitos documentales y de información básicos, que debe tener los Recobros/Cobros y las solicitudes de pago en función de dar cumplimiento a la normatividad vigente y garantizar el reconocimiento y pago del valor cobrado. El incumplimiento de alguno de ellos derivará directamente en la aplicación de los No Aprobados a que haya lugar.

4.73 Resultado del Proceso de Auditoría Integral: Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros/Cobros y de las solicitudes de pago, conforme los lineamientos del presente procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías sin cobertura en el POS se genera el resultado que puede ser Aprobado, No aprobado o aprobado con Reliquidación.

4.74 Recobro/Cobro o Solicitudes de pago Aprobado: Cuando la totalidad de ítem del Recobro/Cobro o de la Solicitud de pago cumple con los requisitos, criterios de auditoría que determina el presente procedimiento y las normas legales vigentes. A los Recobros/Cobros y las solicitudes de pago aprobados, se les genera el respectivo aval de pago.

4.75 Recobro o Solicitudes de pago NO Aprobados: Cuando mediante el proceso de auditoría se determina que los recobros y/o las solicitudes de pago no cumplen con uno o varios requisitos y/o criterios de auditoría que afectan su pago de manera parcial o total. Estas inconsistencias son comunicadas a la Administradora de Planes de Beneficios quien puede argumentar, soportar, subsanar o aceptar la No Aprobación.

4.76 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 casos 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 reporta las tecnologías en salud prescritas que no se encuentran financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.

4.77 Secretaría de Salud Departamental del Quindío: Es la entidad responsable del pago de las tecnologías no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de usuarios del régimen subsidiado del Departamento del Quindío, a través de los Recobros/Cobros o las solicitudes de pago presentados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios quienes garantizan el acceso a dichas tecnologías a través de Comité Técnico Científico (CTC), Juntas de profesionales, directamente del Mipres o fallo de tutela.

4.78 Solicitud de pago de tecnologías no cubiertas en el POS: Solicitud presentada por una Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas a los proveedores de tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyo suministro fue garantizado, luego de la entrada en vigencia de la resolución 1479 de 2015 y la emisión del acto administrativo por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío .

4.79 Solicitud de pago Individual: Paquete por paciente objeto de Recobro/Cobro, solicitud de pago que debe soportarse con los siguientes documentos:

4.79.1 Factura de venta o documento equivalente del proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS a nombre de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o Gobernación del Quindío. En el evento que sea un Recobro es una factura del Asegurador EAPB, si es un Cobro la factura de la I.P.S. que presta el servicio.

4.79.2 Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC-MIPRES No PBS u Ordenados por fallo de tutela.

4.79.3 Evidencia de entrega de la tecnología en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC.

4.79.4 Acta de la junta de los profesionales de Salud cuando aplique.

4.79.5 Los demás soportes que la Administradora de Planes de Beneficios considere necesarios y que aporten información adicional.

4.80 Solicitud de pago General o Paquete de Solicitud: Consolidado del conjunto de solicitudes de pago por proveedor presentados en cada radicación por la Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, se identifica con un número y se soporta con los formatos MYT-R y el archivo plano en medio magnético.

4.81 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.

4.82 Tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC: 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 determinado por la normatividad vigente a la fecha de la prestación del servicio.

CAPITULO SEGUNDO

LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA "ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL

ARTICULO QUINTO. LINEAMIENTOS: auditoría integral corresponde a la etapa en la cual se revisan los requisitos esenciales de las solicitudes de Recobro/Cobro por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, presentadas por las entidades recobrantes ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío o la entidad que se defina para tal efecto, considerando el aspecto técnico o de salud, jurídico y financiero, de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV de la Resolución 1885 de 2018.

Los tres aspectos mencionados se analizan de forma conjunta y completa para obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC o, por el contrario, que por incumplimiento en alguno de los requisitos da como resultado la aplicación de un No Aprobado.

De acuerdo con lo anterior, la etapa de auditoría integral que se lleva a cabo en el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro/cobro, evalúa el cumplimiento de los requisitos esenciales, los correspondientes a la entidad recobrante y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los recobros/cobro que se derivan de prescripciones realizadas por el profesional de la salud, así como los ordenados por fallo de tutela para la cual la información allegada debe cumplir con las condiciones y propiedades para que el resultado del proceso de verificación sea eficiente.

5.1 Características de la información

Para efectos de adelantar la auditoría integral de los Recobros/Cobros, las entidades recobrantes 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.

Adicionalmente, se precisa que, para la totalidad de los soportes documentales, aplica lo contenido en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que señala:

"De los errores de citas, de ortografía, de mecanografía o de aritmética. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección." Subrayado fuera de texto.

5.2 Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes

5.2.1Entidades Recobrantes

Para efectos de presentar las solicitudes de Recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la Secretaría Departamental de Salud, los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a 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.
- Registro Único Tributario.

- Registro Cámara de Comercio.
- Certificación Bancaria de Entidad.

5.2.2 Entidades Cobrantes

Para efectos de presentar las solicitudes de Cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la Secretaría Departamental de Salud, los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a 30 días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que asi 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.
- Registro Único Tributario.
- Registro Cámara de Comercio.
- Certificación Bancaria de Entidad.
- Anexo tarifario contractual de los medicamentos y/o tecnologías POS y tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC entre las EAPB y su red prestadora, en medio física y medio digital.

5.3 Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los Recobros/Cobros

En el proceso de pre radicación la Secretaría Departamental de salud adopto la modalidad de pre validación virtual donde las EAPB deberán enviar vía correo electrónico los archivos planos MYT y MYT R, la responsabilidad de la ejecución y/o elaboración de dichos archivos será de la EPS, y será validada por el Ente Territorial en la malla de ADRES con las validaciones definidas por el Ente Territorial con la finalidad de asegurar la validación exitosa u objeción de los mismos, una vez realizada esta función se informara a la Entidad vía e-mail para que los errores sean subsanados y nuevamente validados por el Ente territorial.

Posterior a esto se continuará con el proceso de radicación de las cuentas en tiempos que determina la norma, adjuntando a estos como requisito esencial el pantallazo de validación exitosa efectuada por el funcionario de la Secretaría de Salud Departamental

Cada solicitud de recobro/cobro radicada por la entidad recobrante, debe estar soportada en los siguientes documentos:

- Formato MYT-R: documento que contiene los datos básicos de lo presentado en el medio magnético por la entidad recobrante.
- Copia del fallo de tutela si aplica.
- Prescripción medica en el aplicativo MIPRES.
- Acta de la junta de Profesionales de la Salud cuando aplique.
- Consentimiento informado firmado por el profesional de la Salud que prescribió y el paciente o su representante.
- Copia de la factura de venta o documento equivalente.
- Evidencia de entrega de la tecnología tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y

servicios complementarios No-PBSUPC.
- Los demás soportes que la entidad recobrante considere necesarios.

Estos documentos deberán presentarse foliados y en el orden descrito anteriormente, garantizando la calidad, legibilidad, embalaje y envío de los mismos.

La forma de presentación de los Recobros/Cobros y solicitudes de pago será de la siguiente manera:

- En carpetas celuguia
- Legajados con gancho plástico (NO METALICO)
- Máximo 200 folios por cada carpeta
- En cajas de archivo inactivo No. 12
- Máximo 7 carpetas por cada caja.
- Máximo 599 cuentas por Cobro-recobros en un solo consecutivo

Lo anterior en cumplimiento de la ley 594/2000. Ley de Archivo General de Colombia

Nota 1: La no presentación de los soportes en la forma y condiciones anteriormente descritas, generara inconsistencias o No Radicación del paquete en la etapa de recepción y radicación del Recobro/Cobro o la solicitud de pago

Nota 2: la administradora de planes de beneficios EAPB, deberá garantizar que los documentos que soportan las solicitudes de pago a proveedores, se encuentre completos y cumplan con las condiciones descritas en el presente procedimiento, lo cual reflejara un efectivo y ágil flujo de recurso a los proveedores

Nota 3: Se debe presentar un Cobro por cada Institución Prestadora de Servicio, los cuales no deben repetir consecutivo entre sí.

Nota 4: Las entidades responsables de pago no deben repetir el mismo consecutivo de cobro por prescripción de MIPRES y/o Tutela

Nota 5: Los nombre de las Instituciones Prestadoras de Salud deben contener el mismo nombre que aparece en el RUT, Es importante aclarar que en el Archivo MYT-R se debe relacionar el nombre de la IPS y el NIT a quien corresponde el cobro.

Nota 6: En los archivos planos el segundo campo **No. del Consecutivo del Recobro/Cobro,** debe contener el mismo número de la Factura, para evitar duplicidad en los registros.

Nota 7: En el campo 70 Sello de Cancelación, la Secretaría de Salud Departamental Implemento que se utilizara el No. 1 como Cancelado, el No. 2 como NO Cancelado, No. 0 no Aplica.

El no cumplimiento de las políticas de la Secretaría de Salud darán por anulada la Radicación del Cobro-Recobro y será devuelto el paquete completo para su corrección y nueva presentación.

5.3.1 Excepciones a la entrega de los requisitos generales y específicos

Respecto al acta de la Junta de Profesionales de la Salud: De acuerdo con Artículo 29 de la Resolución 2438 de 2018 *"Registro en caso de usuarios con fallos de tutela. Cuando mediante un fallo de tutela se hayan ordenado servicios complementarios o de soporte nutricional de tipo ambulatorio y medicamentos reportados por las sociedades científicas o los de las listas UNIRS estos no requerían análisis por parte de la junta de*

profesionales de la salud y deberán ser transcritos por parte del profesional de salud de la entidad promotora de Salud –EPS en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto por este Ministerio"

5.3.2 Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales para el proceso de verificación de los Recobros/Cobros

Los requisitos generales para el proceso de verificación de los Recobros/Cobros, esto es, Formato MYT-R, la prescripción médica por MIPRES o el fallo de tutela, Formato de junta médica cuando aplique, copia de la factura o documento equivalente y evidencia de entrega, se evalúan en la etapa de pre-auditoría, no obstante, dentro del proceso de auditoría integral debe observarse su cumplimiento. A continuación, se describen los criterios de auditoría que deben aplicarse, el soporte que permite la verificación de la información y el resultado del proceso:

REQUISITO GENERAL	*PREGUNTA*	*FUENTE DE VALIDACIÓN*	*RESULTADO DEL PROCESO*
1. EXISTENCIADEL FORMATO MYT-R	¿La entidad recobrante anexó el Formato MYT-R como documento de presentación de Cobro/Recobro?	Formato MYT-R radicado por la entidad recobrante/Cobrante	Si la entidad recobrante/Cobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo recobro/Cobro presentado por la entidad.
2.PRESCRIPCION DE TECNOLOGIA NO POS ORDENADA MEDIANTE MIPRES	¿La entidad recobrante/Cobrante anexó copia de la Prescripción de tecnología NO POS ordenada mediante MIPRES?	Copia de la Prescripción de tecnología NO POS ordenada mediante MIPRES	Si la entidad recobrante/Cobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo recobro/Cobro presentado por la entidad.
3.COPIA DEL FALLO DE TUTELA	¿La entidad recobrante/Cobrante anexó copia del fallo de tutela?	Copia del Fallo de Tutela o el reporte del histórico de fallos de tutela, cuando se trate de solicitudes de recobro/Cobro originadas en un mismo fallo de tutela.	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo recobro presentado por la entidad.
4. FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	¿La entidad recobrante anexó copia de la factura de venta o documento equivalente y corresponde al usuario registrado en la Radicación?	Copia de la factura de venta o documento equivalente y/o declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero, cuando se trate de medicamentos importados directamente por la entidad.	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo Recobro/Cobro presentado por la entidad.
5. EVIDENCIA DE ENTREGA	¿La entidad recobrante anexó evidencia de Entrega o documento equivalente y corresponde al usuario registrado en la Radicación?	Firma en la Factura o documento equivalente donde se identifique la entrega de la tecnología NO POS, Prescripción Mipres.	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo Recobro/Cobro presentado por la entidad.
En el evento en que alguno de estos documentos sea ilegible, esto es que no pueda leerse, deberá ANULARSE el respectivo Recobro/Cobro. De manera adicional, 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. 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.			

5.4 Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de las condiciones mínimas de los recobros/cobros por tecnologías en salud no cubiertas por el plan obligatorio de salud

5.4.1Definición de las Condiciones mínimas

Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como condiciones mínimas aquellas 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 Secretaría Departamental de Salud del Quindío.

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos relacionados en el numeral 4.3. de éste Manual, sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales y/o condiciones mínimas definidas. Dichos requisitos son los siguientes:

5.4.1.1El usuario a quien se suministró tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC existía y le asiste el derecho:

Para la fecha en que se suministró las tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC objeto del Recobro/Cobro: **(i)** el usuario se encontraba vivo y **(ii)** afiliado a la entidad recobrante.

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/cobro deben corresponder a los registrados en la mencionada base. El Recobro/ Cobro derivado de Prescripciones o fallo de tutelas de usuarios con inconsistencias en el BDUA solo se efectuará si dicha inconsistencia fue subsanada por la entidad recobrante en la BDUA, situación que será verificada por el área de Auditoría de la Secretaría de Salud, al realizar la validación del usuario objeto de Recobro/Cobro en la BDUA y se confirme que no existe inconsistencia en su estado de afiliación.

Cuando el suministro de la tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC corresponde a un recién nacido, la prescripción se realizará utilizando el número del certificado de nacido vivo el cual debe estar ineludiblemente en el RUAF. La información asociada a la madre para que el asegurador la pueda identificar como afiliada a la respectiva EPS se dispondrá mediante el WEB SERVICE de consumo de dato

5.4.1.2La Tecnología en Salud suministrada no estaba cubierta por el POS:

La tecnología en salud suministrada no estaba cubierta por el POS: la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de Recobro/Cobro no se encontraba cubierta por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio en el

aplicativo web.

Se entiende como **fecha de prescripción en el aplicativo Web lo siguiente: (i)** Fecha de solicitud en el aplicativo MIPRES del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios por parte de los profesionales de la salud o en su defecto por parte de la EPS en caso de fallo de tutela o diligenciamiento del formato de contingencia

Para definir si una tecnología recobrada está o no incluida en el POS se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

Procedimientos

En caso que la tecnología en Salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 norma indique en forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

En relación a las combinaciones en salud: Se cubren las tecnologías en salud descritas en el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Para establecer las coberturas en el POS, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención" entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los anexos en las diferentes normas vigentes en cada periodo.

Medicamentos

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 las siguientes características en su totalidad

- Principio activo
- Concentración
- Forma farmacéutica
- Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

i. Radiofármacos: Son cobertura del POS cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
ii. Medios de contraste: La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del POS.
iii. Soluciones: 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
Cardiopléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de	Trasplantes
Visco-elásticas	Oftálmicos

Solución	Procedimiento
Líquido embolico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	En procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o el lavado (irrigación) de diferentes cavidades (vejiga, peritoneo)

Dispositivos e insumos
Las coberturas de los dispositivos médicos, insumos o materiales, se podrán prescribir únicamente los que se encuentren en el aplicativo y de acuerdo a la cobertura establecida por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC o los actos administrativos expedidos por el ministerio.

En virtud de lo anterior la presentación de Cobros/Recobros de insumos, materiales o dispositivos médicos por parte de las entidades serán aquellos que se encuentren descritos en las tablas de referencia de la tabla MIPRES.

5.4.1.3La tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC fue prescrita por el médico tratante del usuario u ordenada por fallo de Tutela:
El cumplimiento de este requisito se evalúa con los soportes del recobro/cobro que debe allegar la entidad recobrante así:

TIPO DE RECOBRO	ÁMBITO DE ATENCIÓN	CRITERIO DE AUDITORÍA
Recobros derivados por Prescripción MIPRES	Ambulatorio	Cuando el profesional de la Salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como servicios complementarios en el ámbito de atención ambulatoria, deberá tener en cuenta lo siguiente:
Recobros derivados por Prescripción MIPRES	Ambulatorio	Formato de Prescripción del MIPRES Evidencia de suministro: 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, la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes, este último debe contener los siguientes datos: nombre, tipo y documento de identificación del paciente, fecha de prestación del servicio, nombre del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC objeto del recobro/cobro. En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la 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.
Recobros derivados	Ambulatorio	En caso de prestación de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo

TIPO DE RECOBRO	ÁMBITO DE ATENCIÓN	CRITERIO DE AUDITORÍA
por Prescripción MIPRES		a la 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. 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 en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio. Factura del Proveedor del servicio quien debe identificar: Nombre e identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS Descripción de la tecnología NO POS, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS. La factura debe cumplir con los requisitos establecidos por el código de comercio y la normas que lo rigen
Recobros derivados por Prescripción MIPRES	Hospitalario	Cuando el profesional de la Salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como servicios complementarios en el ámbito de atención hospitalaria, deberá tener en cuenta lo siguiente: Formato de Prescripción MIPRES Evidencia de Entrega Suministro NO POS: Copia del informe de atención inicial de urgencias ➢ 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. En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado. ➢ Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica Cirugía hospitalaria: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio y la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la 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. La factura del proveedor cumpliendo con los requisitos definidos anteriormente
Recobros/cobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela expresos	Ambulatorio / Hospitalario	Adicional a los soportes antes mencionados 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.
Recobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela integrales o no	Ambulatorio / Hospitalario	Adicional a los soportes antes mencionados 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

TIPO DE RECOBRO	ÁMBITO DE ATENCIÓN	CRITERIO DE AUDITORÍA
expresos		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.

Respecto a la **constancia de pago** de la factura o documento equivalente adicionar la verificación que se realiza a los soportes de evidencia de entrega que la entidad recobrante aporta en el recobro/cobro, La Secretaría de Salud deberá verificar que la información reportada en el recobro/cobro es consistente de lo contrario impondrá el concepto de **NO APROBADO**.

En el caso de Recobro por Tutela la EPS debe anexar una certificación de pago o comprobante de egreso donde se pueda verificar por parte del Ente Territorial el pago a cada uno de los Prestadores.

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

CONDICIÓN	ANEXO	OBSERVACIONES
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 POS, 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 POS	Certificación del representante legal de la entidad recobrante	La certificación debe indicar a qué factura imputa la tecnología en salud NO POS y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado.

5.4.1.4El reconocimiento y pago de la tecnología en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC.

Corresponde a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío y se presenta por una única vez: Los soportes allegados con el recobro/cobro evidencian que el reconocimiento de la tecnología en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-

PBSUPC corresponde la Secretaría Departamental de Salud del Quindío y por lo tanto su pago se y realiza por una única vez.
Respecto a la primera condición, se tiene como criterio que tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC suministradas a usuarios del régimen subsidiado se reconocen y pagan con cargo a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío. Para el efecto, se evalúa que el usuario pertenezca a éste régimen mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

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.

Así las cosas, con este requisito se evalúa que el recobro/cobro se presente ante La Secretaría de Salud en un término máximo de (3) años contado a partir de la fecha de prestación del servicio; tal como es referido en la Ley 1753 de 2015 Artículo 73; de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, lo que significa, **tres años a partir** de:

> La fecha de entrega o prestación de la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC y anexo de garantía del suministro.
>
> La fecha de egreso del usuario si el suministro del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC fue durante un evento hospitalario.

De igual manera, con este requisito se evalúa el cumplimiento del término previsto para **i)** objetar y **ii)** subsanar los resultados de auditoría informados por la Secretaría de Salud o la entidad que designe el Ministerio de Salud y Protección Social. La verificación de estos términos, se realiza de la siguiente manera:

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: los documentos allegados y los datos registrados en los mismos, evidencian el cumplimiento de los requisitos esenciales previstos en este Manual y son consistentes respecto al usuario, la tecnología en salud y las fechas establecidas, es decir:
Al realizar la lectura transversal de la prescripción en el aplicativo MIPRES, 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 del servicio o tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y el nombre o identificación del usuario es consistente.
Al realizar la lectura transversal de la prescripción en el aplicativo MIPRES, 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 vital: en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá 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: en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá 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 cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la 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: la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.

El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente: en este caso, las entidades recobrantes deben presentar la solicitud del recobro/cobro debidamente liquidado, Para efectuar la reliquidación de los valores que La Secretaría de Salud, reconoce y paga, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

- 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 de recobro/cobros se continuará realizando con lo efectivamente suministrado y facturado, si existen 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 POS
  Cuando se trate de recobro/cobros de medicamentos o dispositivos médicos se valida si se encuentran regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos; se validarán de acuerdo a la normatividad vigente.
  Se verifica si la tecnología en salud recobrada tiene definido un comparador administrativo.
  Se verifica si la tecnología en salud a recobrar tiene un reemplazo o sustituto en el Plan de Beneficios con cargo a la 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:

  Medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud 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 plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

  Medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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.

Procedimientos de salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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, cuando dicho procedimiento no cuente con un comparador administrativo, de tenerlo se deberá realizar el descuento entre la tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC y el comparador.

Procedimientos de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Medicamentos y dispositivos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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.

Medicamentos y dispositivos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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

Tecnología en salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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 o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

De los descuentos generales

Cuando se trate de recobro/cobros de tecnologías no cubiertas por el plan de

beneficios con cargo a la 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 el en la normatividad vigente.

5.5 Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de recobros/cobros por tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC

A continuación, se describen los criterios de auditoría o preguntas orientadoras que permitirán al auditor evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales, considerando los aspectos médicos o de salud, jurídico y financiero; el soporte o fuente de validación del criterio de auditoría o de la respuesta a la pregunta y el detalle de glosa que se aplicará cuando el auditor observe el incumplimiento del respectivo criterio.

Para la adecuada lectura y aplicación de este capítulo es necesario considerar las siguientes reglas:

5.5.1 Por cada **requisito esencial** se define facturas **No Aprobada**, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito.
5.5.2 La **descripción** de la no aprobación se acompaña de un **código**, en consecuencia, hay tantos códigos como glosas definidas.
5.5.3 Las no aprobadas tienen un **detalle** que corresponde al criterio de auditoría objeto de evaluación. La aplicación de un detalle de no aprobación implica necesariamente que el ítem del recobro/cobro objeto de evaluación no cumple el respectivo criterio de auditoría.
5.5.4 En los casos que aplique, el detalle de cada No Aprobado contendrá la **observación** que especifica el hallazgo del auditor, indicando la ausencia o falencia de una característica particular.

ARTICULO SEXTO. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS ORIGINADOS EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA: El sistema de verificación y control del pago de las tecnologías en salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, define los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro/cobro, se establece un procedimiento claro, preciso, transparente, seguro, ágil, eficaz y con suficiencia, que unifica términos y fechas de pago, elimina requisitos inocuos y suprime No Aprobaciones infundadas para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el mencionado procedimiento la normativa vigente establece los requisitos generales y específicos que deben cumplir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de recobro/cobro originadas en la prescripción de los profesionales de la salud u ordenadas por fallos de tutela en el aplicativo MIPRES, y las actividades para llevar a cabo la verificación de dichos requisitos y su coherencia, los términos y plazos, el pago de las solicitudes cuando haya lugar a ordenar el gasto y autorizar el giro, así como otras disposiciones.

Las solicitudes de recobro/cobro surten las siguientes etapas de validación.
6.1 Pre–radicación: se valida la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las

investigaciones administrativas o judiciales; esta se realiza en forma digital por medio del envío de los medios magnéticos y RIPS al correo electrónico dispuesto por la Secretaría de Salud cuentasmedicas@gobernacionquindio.gov.co entre el 01 y 10 del mes.

6.2 Radicación: se presenta ante La Secretaría de Salud, los formatos ya establecidos en el presente manual, junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda, actividad que se realizara entre el 01 y 15 del mes.

6.3 Pre-auditoría: se verifica que el recobro/cobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

6.4 Auditoría Integral: se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme a lo descrito en el presente manual

Una vez se han concluido las etapas de pre-radicación, radicación y pre-auditoría descritas, inicia el proceso de Auditoría Integral con las solicitudes a auditar, es decir que se encuentran disponibles los soportes del recobro/cobro con su respectivo medio magnético e imagen

ARTICULO SEPTIMO. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES:

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 de los recobros/cobros se comunica al representante legal de la entidad recobrante, al domicilio y a la dirección electrónica informados, con el detalle del estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa que se hayan aplicado en medio magnético con la misma estructura presentada para la radicación, dentro de los tres (3) 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 o con reliquidación, 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.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
- La comunicación impresa se acompañará del envío al correo electrónico de la entidad con información bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro/recobro y las causales de No Aprobado si hubo lugar a ello.

Cuando la entidad recobrante 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/cobro. Para dicho proceso es necesario tener en cuenta:

- En caso que se presenten varias facturas No Aprobadas a un mismo recobro/cobro 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 No Aprobadas no objetadas se entenderán como aceptadas.
- Si la entidad recobrante considera que alguna(s) No Aprobada(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información, si, por el contrario, los documentos que subsanan las No Aprobadas no están dentro de los soportes del recobro/cobro, la entidad, podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas objeciones de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
- El período habilitado para la radicación de las respuestas de objeciones de facturas No Aprobadas será los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
- 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 del mes siguiente a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo y agotado este proceso administrativo.

Las Facturas No Aprobadas se devolverán en físico y por correo certificado a la entidad que realizó la Radicación previa notificación a las entidades involucradas en el proceso, con la finalidad que la respuesta a dichas objeciones se trabaje en conjunto y garantizar así el acompañamiento de la EPS a la IPS.

ARTICULO OCTAVO: DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL

Cuando la entidad recobrante 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, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 53 de la

Resolución 3951 de 2016, ya citado en el presente Manual. Criterios de Auditoría – Lineamientos Generales

Término establecido: en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por La Secretaría de Salud.

Radicación:

El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
La objeción a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio físico ante La Secretaría de Salud.

Dentro del trámite final de la cuenta, se realizará la conciliación de las glosas con la participación del ente territorial, la EPS del afiliado y el prestador o proveedor de servicios. Este proceso generará un acta de conciliación que especificará los valores finales de los No Aprobados y pago y será suscrita por las partes que intervienen en el proceso.

ARTICULO NOVENO. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SIN COBERTURA EN EL POS DE LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO MODELO II:

9.1 OBJETIVO: Establecer las actividades secuenciales a desarrollar por el personal auditor para la Auditoría de Cuentas médicas por concepto de Prestación de Servicios de Salud sin cobertura en el POS, presentadas por las EPS, pertenecientes a la red prestadora de servicios de salud de IPS y Proveedores de acuerdo a lo estipulado con la normatividad vigente, con criterios de calidad en forma pertinente, oportuna, continua, y efectiva de acuerdo a las competencias del Ente Territorial.

Este procedimiento lo aplica La Secretaría Departamental de Salud a través del Área de Cuentas Medicas, inicia con la radicación de la facturación suministrada a través de la presentación servicios de salud sin cobertura en el POS, por las IPS y Proveedores pertenecientes a la red de las EPS y finaliza con la entrega de los informes de auditoría y actas de conciliación a central de cuentas para el trámite de pago. Está dirigido al equipo de auditoría de cuentas médicas.

Cumplimiento de la normatividad vigente, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2000, Ley 1122 de 2.007, Resolución 3047 del 2008, Resolución 5395 del 2013, Resolución 3951, Resolución 1479 de 2015, y Resolución 1328 del 2016, Resolución 1381 de 2017-Resolución 1607 de 2017 y demás normas reglamentarias que rigen, adicionan sustituyen y/o modifican el procedimiento de auditoría.
Velar por el adecuado uso de los recursos de salud del Sistema General de Seguridad Social

Contar con una red prestadora de servicios de salud por concepto de tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC de las EPS, afiliados al régimen subsidiado.

Los diferentes actores del sistema especialmente las IPS de la red de las EPS deben conocer y aplicar la normatividad vigente, las competencias del Ente Territorial y los lineamientos establecidos con base en el procedimiento adoptado mediante Resolución

El auditor de la Secretaría de Salud del Quindío podrá Utilizar los códigos establecidos para la categorización de No Aprobados en el Manual de Auditoría Integral de Recobros por Tecnologías en Salud No Incluidas en el Plan de Beneficios del Ministerio de Salud y Protección Social de febrero de 2015 y hacer la devolución oportuna de la facturación de acuerdo a las causales igualmente basados en el presente manual.

En el mismo sentido y teniendo en cuenta la normatividad y los procesos establecidos en la resolución el auditor podrá imponer

La glosa identificada con CÓDIGO (30) y DESCRIPCIÓN "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 NO APROBADO

3001 El nombre del usuario no corresponde al registrado
3002 El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción

La glosa identificada con CÓDIGO (31) y DESCRIPCIÓN "El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC 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 NO APROBADO.

3101 El usuario se encuentra reportado fallecido14 en la base de datos de la Registraduria Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio

La glosa identificada con CÓDIGO (32) y DESCRIPCIÓN "La tecnología en salud prescrita, facturada y entregada está incluida en el Plan de beneficios 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 NO APROBADO.

3201 La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio.
3202 Los insumos, materiales o dispositivos médicos recobrados se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

3203 Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo cubierto por el Plan de Beneficios 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 para la fecha de prescripción en el aplicativo

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 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 NO APROBADO.

3501 No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.

3502 El fallo de tutela aportado 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 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 de 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.

3513 El fallo de tutela no se anexo, 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.

La glosa identificada con CÓDIGO (36) y DESCRIPCIÓN "No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, 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 recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la 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.

3603 La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.

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 registro al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto 1954 de 2012 o la norma que modifique, adicione o sustituya.

La glosa identificada con CÓDIGO (37) y DESCRIPCIÓN "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 NO APROBADO.

3701 La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada.

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 del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, 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 del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC 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 tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrado el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC y la factura a la cual se imputa el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC.

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 el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC 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 glosa identificada con CÓDIGO (39) y DESCRIPCIÓN "La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por el Ente Territorial o quien haga sus veces" 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. Verificación que el ente territorial realiza mediante cruces de información con los archivos planos radicados mes a mes frente al sistema de información de la Secretaria de Salud, el cual tiene parámetros de validación donde no se puede ingresar una factura doble ya que las llaves de las bases de datos son el Nit y el número de factura.

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 el Ente Territorial o quien haga sus veces, en el recobro/cobro No. () Correspondiente al paquete ()

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 NO APROBADO.

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 (3) 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.

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.

4101 La tecnología en salud recobrada prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud o entidad recobrante, ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la facturada.

4102 La tecnología en salud prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud o entidad recobrante, ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.

4104 El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES, fallo de tutela, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente.

4105 El usuario contenido en el Acta de la junta de profesionales de la salud, no corresponde con el registrado en la prescripción médica

4106 El usuario contenido en el fallo de tutela, con el registrado en la prescripción médica

4107 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.

4108 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la facturada

4109 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la suministrada.

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 recobrado es mayor al valor liquidado conforme a lo establecido en el Artículo 65 de la Resolución 3951 de 2017, por lo tanto, se reliquida y se glosa la diferencia.

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.

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 cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, las demás unidades recobradas se glosan dado que están incluidas en el Plan de beneficios.

La glosa identificada con CÓDIGO (43) y DESCRIPCIÓN "No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no tiene la aprobación de la junta de profesionales de la salud en los casos que requieran" 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.

4301 El número de prescripción de la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.

4302 El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO en el reporte del consolidado de prescripciones.

4303 No tiene justificación, o la misma tiene textos incomprensibles o caracteres ilegibles.

4304 La justificación médica de la decisión adoptada no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología prescrita.

4305 La fecha de prescripción en MIPRES es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud, no se trata de una prescripción 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 un medicamento de urgencia clínica, no es una prescripción de estudio pre trasplante de donantes no efectivos, ni es una prescripción derivada de trascripción por contingencia.

4306 El concepto de la junta de profesionales de la salud registrado en el aplicativo es NO APROBADO, o en su defecto no tiene concepto.

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 ilegible.

4309 El acta de los profesionales de la salud no contiene uno o más de los requisitos mínimos establecidos en la Resolución 2438 de 2018.

4310 El acta de junta de profesionales de la salud no fue suscrita en su totalidad por médicos, en caso de medicamentos del listado UNIRS y sociedades científicas.

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.

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.

La glosa identificada con CÓDIGO (44) y DESCRIPCIÓN "El anexo 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 NO APROBADO.

4401 La entidad recobrante no reporta la información en el anexo de la garantía de suministro 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.

4404 La causa de no entrega no corresponde a entrega parcial o diferida.

El presente Manual rige a partir del 01 de marzo de 2019 y se debe aplicar a todas las prescripciones por tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC ordenadas por los profesionales de salud desde la fecha mencionada, no obstante todos los Recobros/cobros de dichas tecnologías en Salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios No-PBSUPC suministradas con anterioridad a la fecha expuesta se deben seguir tramitando acorde al manual de auditoría ya definido para este fin.

CAPITULO TERCERO

DE LA TRANSITORIEDAD EN LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES

ARTICULO DECIMO DE LA TRANSITORIEDAD:

Se aplicará el Manual (I) a:

La facturación de prestaciones de servicios de salud por tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios, que hayan sido tramitadas hasta el 28 de febrero del 2019, por comité técnico científico u ordenados mediante fallos de tutela.

Se aplicará el Manual (II) a:

La facturación de suministros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC DEL régimen subsidiado y servicios complementarios que hayan sido prescritas y ordenadas por el médico tratante y reportados en el aplicativo MIPRES a partir del 1 de marzo del 2019.

CAPITULO CUARTO

VIGENCIA

ARTICULO DECIMO PRIMERO. De la Vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Armenia, Quindío 05 FEB 2019

CARLOS EDUARDO OSORIO BURITICA
Gobernador Departamento del Quindío

Proyecto:
Componente técnico:
Laura Lucelly Ospina Quintero Contratista
Juliana Londoño Jiménez Contratista.
Héctor Mario Taborda Gallego Director de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.
Componente Jurídico:
Carolina Salazar Arias. Asesora

Aprobó:
Cesar Augusto Rincón Zuluaga- Secretario de Salud.

Revisó:
Componente Jurídico:
Doctora - Cielo López Gutiérrez
Doctor- Víctor Alfonso Vélez Muñoz