	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 1 de 20

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

RESOLUCIÓN N°11690 de 2019

(abril 2)

Por la cual se adopta el procedimiento para prescripción, cobro y pago de servicios, tecnologías y servicios complementarios No financiados en el Plan de Beneficios de Salud, con cargo a la UPC, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento de Santander

En uso de sus facultades legales y, en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001, las Resoluciones 5395 de 2013, 1479 de 2015 y 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Decreto departamental 007 del 18 de enero de 2016

CONSIDERANDO:


Que la Honorable Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 DE 2008 Distribuyó una serie de Directrices, entre otras, la admisión de las medidas necesarias para la aprobación de los Servicios no incluidos en los Planes de salud –POS.

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

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

Calle 37 No. 10-30 Palacio Amarillo | Bucaramanga / Colombia | PBX: 57 1 73633 9666



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 2 de 20

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

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


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

Que en el artículo 12 de la resolución 1479 de 2015 las Entidades Territoriales deberán aplicar las reglas relacionadas con el valor a pagar por los Servicios y tecnologías No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud.

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

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



 <i>República de Colombia</i> <i>Gobernación de Santander</i>	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 3 de 20

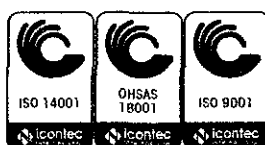
Que el 6 de mayo de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1479 de 2015, por la cual se establece el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud suministrada a los afiliados al Régimen Subsidiado.


Que el artículo 4 de la Resolución 1479 de 2015, indica que se realice la evaluación de la situación en salud; por tal razón una vez realizado el análisis de la situación de salud en el territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras, la Secretaría de Salud del Departamento de Santander expidió la Resolución 12196 de junio de 2015, en la cual establece el procedimiento para garantizar el acceso y cobro efectivo de los servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud, que sean ordenados por los Médicos a la población afiliada al régimen subsidiado y que sean autorizados por CTC así como los ordenados por autoridad judicial de acuerdo con lo descrito en la Resolución.

Que la Secretaria de Salud de Santander mediante el acto administrativo Circular 0013 del 25 de enero de 2016, Estableció el mecanismo de solución transitorio para la autorización de los servicios y tecnologías no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud POS a cargo de Secretaria de Salud Departamental de Santander – Aplicación II Modelo Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015.-

Que la Secretaria de Salud del Departamento de Santander expide la Resolución 019366 el día 27 de octubre de 2016, “Por medio de la cual se adopta el procedimiento para el cobro reconocimiento y pago de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, suministrado a la población pobre no asegurada y a la población asegurada en lo no cubierto por el Pos y se fijan las tarifas correspondientes” y adopta el Modelo II, derogando todas las disposiciones que le sean contrarias.

Que la Secretaria de Salud del Departamento, expide la Resolución 00899 del 1° de febrero de 2017 “Por medio de la cual se establece el Procedimiento para el cobro y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 4 de 20

y se adopta el Aplicativo de Medicamentos de Homólogos de Medicamentos No Pos.

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


Que mediante Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de salud y protección social reglamento “el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud No financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.

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

Que mediante la Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de Salud reguló el procedimiento para que los afiliados al sistema de salud tengan acceso a las prescripciones y suministros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios; Según la reglamentación, corresponde a los profesionales de la salud, prescribir las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por junta de profesionales; reportar la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario.

Que el Departamento de Santander – Secretaria de Salud Departamental, en cumplimiento de la Resolución 2438 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud, les



 <i>República de Colombia</i> <i>Gobernación de Santander</i>	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 5 de 20

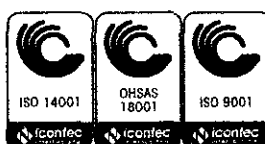
asiste la obligación de garantizar a través de la red de prestadores de las EPS o proveedores concertados previamente entre la EPS y la Secretaria de Salud, el suministro oportuno de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud; también deberán realizar la transcripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela o dispuestos en el MIPRES (herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios).


Que se hace necesario definir el Modelo establecido por el Departamento para el procedimiento de la Secretaria de Salud Departamental de Santander, para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, que sean provistos por los prestadores de servicios de Salud o por las Administradoras de planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud del Departamento de Santander a través de MIPRES.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de la Secretaria de Salud Departamental de Santander, para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, que sean provistos por los prestadores de servicios de Salud o por las Administradoras de planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud del Departamento de Santander prescritas a través de la herramienta tecnológica -- MIPRES, por órdenes de fallo de tutela. En relación con los CTC, Los Cuales según La Resolución 2438 de 2018, estuvo vigente hasta el 31 de marzo, pero quedo derogado el título II de la Resolución 5395 de 2015 y por otra parte, en referencia a los términos de Radicación que se hayan prestado con antelación a la activación



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 6 de 20

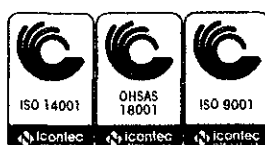
de la Herramienta de Prescripción MIPRES del régimen Subsidiado , seguirán según lo establecido en la Circular 071 de 2017, la cual aparece publicada en la página de la **Gobernación de Santander www/Santander.gov.co** y su respectivo pago y adoptado por la entidad territorial en el modelo establecido en el **Título II, Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015.**


ARTICULO 2. Para todos los casos, el suministro de servicios y tecnologías No financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado del Departamento de Santander se realizará a través de la Red de las Entidades Promotoras de Salud.

ARTICULO 3. DEFINICIONES: Para el efecto de la presente resolución, se tomarán como referentes las siguientes definiciones:

Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud (MIPRES), que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Cobro: Solicitud presentada por una entidad ante la SSS, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en Salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 7 de 20

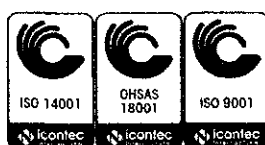
Recobro: Solicitud presentada por una entidad recobrante ante la SSS a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela. Aplica para servicios suministrados por fallos de tutela, Medicamentos vitales no disponibles, aquellos casos en los cuales el prestador exija para la prestación pago anticipado, el cual sea realizado por la entidad recobrante y el pago de servicios de las EPS que no cumplan los tiempos definidos en el presente acto administrativo.


Entidad Recobrante: Entidad Promotora de Salud que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la SSS, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

Tecnología en salud: Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 5269 de 2017 o la norma que la modifique o adicione.

Servicio Único: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Servicio sucesivo: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 8 de 20

Servicios o Tecnologías Complementarias: Corresponde a un servicio que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

Servicio Ambulatorio Priorizado: Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.


Servicios No Financiados Con Recursos del Sistema de salud: Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; y) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Soporte Nutricional: Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.

Junta de Profesionales en Salud: Grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.

Médico (o profesional) par: Es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un sub- especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 9 de 20

prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

Usos No Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS): Es entendido como el uso o prescripción excepcional de Medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.


Enfermedades Huérfanas: Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.

Comparador Administrativo: Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizaran para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro. Se aplicarán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los determinados por la Secretaria de Salud de Santander (SSS).

Referente No PBS: Corresponde a la Tecnología en salud No incluida en el Plan de Beneficios en Salud, para el cual se establece un comparador administrativo.

Medicamentos vitales No Disponible: Conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta “indispensable e irremplazable para salvaguardar vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes” Adicionalmente, también se incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles. Otros agentes: actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que realizan el suministro efectivo.



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 10 de 20

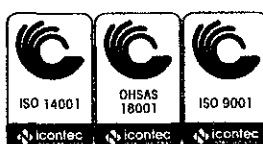
Profesional de la Salud: para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías: médicos, optómetras y odontólogos.


Profesional de la Salud Par: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Sí la prescripción se realiza por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.

Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Financiadas con Recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y Servicios Complementarios: Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS o las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud prescritas que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.

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

Servicio ambulatorio No Priorizado: Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario.



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 11 de 20

Servicios Complementarios: Servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad comprende:

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

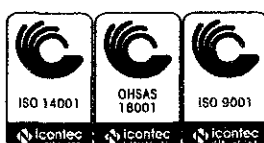
Tecnología en Salud: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud. Así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención


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

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

ARTICULO 4. Responsabilidad de los Actores: Se aplicará de acuerdo a lo señalado en la Resolución 2438 de 2018, “responsabilidades de los actores del Sistema de Seguridad Social en salud”.

ARTICULO 5. Reporte de prescripción, Juntas de Profesionales de la Salud y Suministros. La Secretaria de Salud Departamental de Santander adopta lo



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 12 de 20

establecido en el TITULO II de la Resolución 2438 de 2018, con respecto a Reporte de prescripción, Juntas de profesionales de la Salud y suministro de las prescripciones de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios

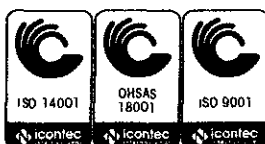
ARTICULO 6. Transparencia en la Garantía de Suministro de Tecnologías en Salud No Financiadas con recursos de la UPC o servicios Complementarios.


La Secretaria de Salud Departamental de Santander, adopta lo establecido en el Título III de la Resolución 2438 de 2018.

- INTEGRACIÓN DE DATOS AL SISPRO.
- REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN.
- DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN.
- SALIDAS DE INFORMACIÓN A PARTIR DEL REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.
- INDICADORES.
- DESARROLLO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES.
- PROPIEDAD INTELECTUAL.

ARTÍCULO 7. La Secretaria Departamental de Salud realizará:

1. Seguimiento integral al proceso de gestión de MIPRES en el suministro efectivo de la tecnología en salud y/o servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado.
2. En conjunto con las EPS se realizará la divulgación de la ruta del suministro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del régimen Subsidiado.
3. Realizará la caracterización mensual de las prescripciones que se generan a través de la plataforma MIPRES en el cual se deberá conocer el comportamiento que ha tenido la formulación.



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 13 de 20

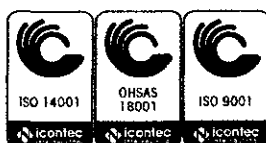
4. Implementación de controles con el fin de evitar demanda inducida no pertinente y la duplicidad en la entrega.


ARTICULO 8. Manual de Auditoria. La Secretaria Departamental de Salud adopta el manual de auditoria el cual hace parte integral del presente acto administrativo, al igual que el listado de glosas aplicables, los cuales serán socializados y publicados en la página web www.cruesantander.com o www.santander.gov.co.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio y corresponden a las pactadas dentro de la red de servicios de la EPS. Además, deben tomarse en cuenta la circular 04 de 2018 emitida por la Comisión de Nacional de Precios de medicamentos y dispositivos médicos y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTICULO 9. Presentación de las Solicitudes de Cobro. Las EPS que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander los documentos que soporten los requisitos exigidos para el cobro así:

1. Factura o documento equivalente diligenciado con base en los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.
2. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS. la factura debe indicar nombre y número de identificación del afiliado.
3. La factura o documento equivalente, será expedido por el prestador del servicio o Tecnología NO PBS, a nombre de la Secretaria de Salud de Santander - Gobernación de Santander NIT
4. La factura o documento equivalente incluirá exclusivamente los servicios o tecnologías no financiados en el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC, a Cobrar a la Secretaria de Salud, discriminados con códigos CUM y CUPS.




	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 14 de 20

5. Para los servicios facturados por paquete se deberá adjuntar detalle de cargos, el cual debe discriminar los servicios del paquete con cantidad y valor, así como, los códigos CUM y CUPS correspondientes a cada uno de los cargos.
6. Evidencia de entrega de acuerdo con el ámbito y teniendo en cuenta lo definido en la Resolución 2438 del 2018 y el manual de auditoria MIPRES.
7. Registro Único de Prestación de Servicios de Salud RIPS, en medio Magnético.
8. Las facturas o documentos equivalentes y sus soportes serán radicadas por la EPS en la oficina de cuentas medicas de la Secretaria de Salud, organizadas por prestador y con base en el Anexo, que hace parte integral de este acto administrativo.
9. El periodo de radicación está comprendido entre el primero y el día Quince de cada mes según se establece en el cronograma de que trata el Anexo de la presente resolución.
10. El Prestador de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS, enviara original del radicado de sus facturas ante la EPS, a la Dirección Administrativa y Financiera de la SSS, como soporte para seguimiento a la gestión de la EPS
11. Certificado emitido por el Revisor Fiscal con su tarjeta profesional y el Representante Legal de la IPS que, de cuenta, sobre la facturación objeto de solicitud de pago, que no ha sido presentada previamente a otro pagador ni ha sido cancelada por otro pagador. (Entidad Territorial, EPS).

Parágrafo: Las EPS dispondrán de un (1) mes, a partir de la radicación, por parte de las IPS y/o proveedores, en la respectiva EPS, para radicar en la Secretaria Departamental de Salud, las cuentas recibidas por las diferentes IPS por concepto de tecnologías en salud No Financiadas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 15 de 20

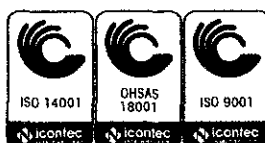
profesional de la salud. Pasado este plazo la EPS responsable, realizará el pago y tramitará la cuenta como recobro.


ARTICULO 10. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS. La Secretaria de Salud Departamental de Santander, aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS:

1. Si el precio del servicio o la tecnología no financiadas en el PBS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el Ministerio de salud y protección Social , si los hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.

Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de Homólogos adoptadas por la Secretaria Departamental de Salud o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Artículo; 3 del Decreto 4877 de 2007. Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.



 República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 16 de 20

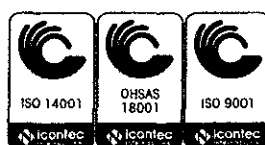
PARÁGRAFO 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la Secretaría Departamental de Salud. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.


PARÁGRAFO 2. La diferencia no cubierta por la Secretaría Departamental de Salud de Santander correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud correspondiente.

ARTICULO 11. Etapas del Proceso de verificación y control. Ingresaran a esta etapa todas las tecnologías prestadas por las IPS y/o proveedores de servicios prescritas a través de la herramienta MIPRES a partir 01 de abril de 2019, sin excepción, para lo cual las EPS respectivas deberán disponer de los mecanismos necesarios para garantizarlas, las solicitudes de recobro/cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control dispuesto en el manual de auditoría integral adoptado por La Secretaría de Salud Departamental de Santander que hace parte integral de este Decreto que para tal efecto contara con las siguientes etapas:

1. Pre radicación

La etapa de pre radicación tiene por objeto presentar ante la Secretaría de Salud Departamental mediante el aplicativo web dispuesto para tal fin las cuentas medicas correspondientes a las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado entregadas a los usuarios del Departamento de Santander, y así conocer los valores a pagar e identificar la cuenta en su trazabilidad. Como resultado de este proceso se generara un documento con un consecutivo que será necesario para la radicación de las facturas. ¹⁰



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 17 de 20

La plataforma dispuesta para tal fin estará habilitada a partir del primer día hábil de cada mes hasta el quinto día hábil del mismo mes.


a. Etapa de Radicación: Etapa de radicación: El objeto de esta etapa es presentar ante La Secretaria de Salud Departamental de Santander, los Formatos solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente. Incluye verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales.

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

c. Etapa de Pago: el objeto de esta etapa es generar el pago del recobro/cobro, conforme a los resultados obtenidos una vez a surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente. El pago de los valores avalados, se realizará mediante Resolución Motivada, una vez se asignen los recursos según disponibilidad presupuestal; los valores que no se alcancen a pagar en la vigencia se priorizaran para pagos en la siguiente anualidad, tan pronto se tenga disponibilidad presupuestal.

ARTICULO 12. Financiamiento. De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y lo establecido en el artículo 3 de la resolución 1479 de 2015, o la que lo adicione modifique o complemente, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud se financiarán con los recursos asignados para tal efecto la Secretaria de Salud Departamental del Sistema General de Participaciones - Sector Salud - Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados a la financiación del NO PBS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás recursos previstos en la normativa vigente para el sector salud.



	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 18 de 20


ARTICULO 13. Fijación de periodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros. La Secretaria de Salud Departamental de Santander radicará las cuentas médicas durante los 15 primeros días de cada mes, en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, periodos de radicación o ampliar los previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin y se publicará en la página web www.santander.gov.co para tal efecto. Estos periodos están establecidos en el manual de auditoria que forma parte de este acto administrativo.

ARTICULO 14. Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro. Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, La Secretaria de Salud Departamental de Santander, definirá los formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.

ARTICULO 15. Exclusiones del sistema de seguridad Social en Salud. Exclusiones del sistema de seguridad social en salud. La Secretaria de Salud Departamental de Santander no reconocerá las exclusiones que cumplan los criterios determinadas en el artículo 126 de la resolución 5269 del 2017 así.

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.



 República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 19 de 20

4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.


5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo **154** de la Ley 1450 de 2011 y el artículo **15** de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud conforme al artículo **9°** de la Ley 1751 de 2015 o contenidas en la Resolución 5267 del 2017 y las normas que en el contexto del proceso establecido por la resolución 0330 del 2017 las adicione y/o modifique complementen o sustituyan, puesto que no son de su competencia. Excepto para dar cumplimiento a fallos de tutela en cuyo caso adelantara las acciones de cobro y/o jurídicas pertinentes para recuperar los recursos invertidos para tal efecto ante las entidades responsables o competentes.

ARTICULO 16. Saneamiento de cartera y saneamiento contable. La Secretaria de Salud Departamental de Santander con la IPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera incluyendo glosas, devoluciones y cuentas por pagar con el fin de adelantar el proceso de conciliación con los prestadores de servicios de salud. En concordancia con las instrucciones impartidas por la **circular externa No 002 de 2017**, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo Primero. La Secretaria de Salud Departamental de Santander, establece un plazo no mayor de 90 Días, contados a partir de la fecha de activación en el aplicativo, para que las EPS e IPS presenten toda la facturación autorizada por Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallo de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica MIPRES.


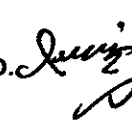


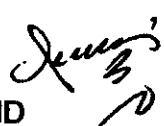
 República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCION	Código	AP-JC-RG-89
		Versión	5
		Fecha de aprobación	22/05/2017
		Página	Página 20 de 20

ARTICULO 18. Vigencia y derogatorias. El presente Decreto rige a partir del 1 de abril de 2019 y deroga, las normas que le sean contrarias.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.


SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL (E)
ALVARO CLAVIJO HERNANDEZ MD

Proyecto: Victor Guillermo Taboada – MD 
 Luis Alberto Hernández Jaruffe MD Esp. 

Reviso:
 Gilma Yaneth alba Guio 
 Luis Alberto Hernández Jaruffe MD
 Alvaro Hernando clavijo hernandez MD
 LIDER DE PROGRAMA

