

 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADAS A LOS AFILIADOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE AMAZONAS EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y,

En ejercicio de las atribuciones legales en especial las que le confieren la Resolución No. 1479 del 26 de Mayo de 2015, Título II de la garantía de la prestación de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan obligatorio de salud, y,

CONSIDERANDO

1. La Constitución Política de Colombia, en su artículo 48, establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control de Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
2. Así mismo, el artículo 49 de la Constitución Política, establece: "Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes (...) conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad."
3. El artículo 298 de la Constitución Política, establece que: "Los departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio en los términos establecidos por la Constitución.
4. Los departamentos ejercen funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes"
5. El literal b del artículo 11 de la Ley 10 de 1990, establece como función del Departamento, "(...) supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional."

Elaboro: Tatiana Pega P.U	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

6. Que, la Resolución No. 1479 del 2015, tiene por objeto establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales a los prestadores de salud públicos, privados o mixto, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud POS, provistas a los afiliados al régimen subsidiado, autorizado por los Comités Técnicos Científicos u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.
7. Que en el artículo 4 de la Resolución No. 1479 del 26 de Mayo de 2015, establece que el Departamento y Distrito analizará la situación de salud y la capacidad técnica operativa y financiera, 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.
8. Realizada la evaluación de la situación en salud y verificado los modelos de actos administrativos el departamento de Amazonas, y de acuerdo a las capacidades a técnico, operativas y financieras,

RESUELVE

ARTÍCULO 1. Adoptar el Modelo establecido en el Capítulo I, de la Resolución No. 1479 de 2015, de la garantía de suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, Centralizada en la Entidad Territorial.

ARTICULO 2. El listado de prestadores de servicios de salud en el Departamento de Amazonas, a través de los cuales se brindarán los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiario, será el publicado y divulgado en páginas web o en lugares visibles del Departamento, como la Gobernación, Alcaldía, y Principales prestadores de servicios de Salud, el cual permanecerá actualizado.

PARAGRAFO 1. La prestación de servicios y tecnologías será a través de las Empresas Sociales del Estado que se encuentran habilitadas, salvo que la oferta de servicios requerida no exista o sea insuficiente caso en el cual será con previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTICULO 3. Que la financiación de la atención de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Pos a los Afiliados del Régimen Subsidiado, se financiaran por las entidades territoriales con cargo a los recursos del sistema General de participaciones – Sector Salud – Prestación de servicios De Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados ala

Elaboro: Tatiana Peña P.U	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



Handwritten signature

 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás recursos previstos en la normatividad vigente para el sector salud

PARAGRAFO 1. Los pagos correspondientes se realizarán de conformidad con los procedimientos presupuestales a que haya lugar

ARTICULO 4. Los requisitos generales para la verificación y control de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin coberturas en el pos, que sean provistos por los prestadores de servicios de salud o por las administradoras de planes de beneficios que tiene afiliados al régimen subsidiado de acuerdo a las disposiciones del Decreto 4747/2007 en sus artículos 21, 22,23.

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

1. Al usuario a quien se le suministro el servicio o tecnología sin cobertura en el pos le asistía el derecho al momento de la prestación
2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro no se encontraba cubierto en el pos para la fecha de prestación del servicio.
3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por la autoridad judicial.
5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado.

ARTICULO 5. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

- A. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o

Elaboro: Tatiana Peña P.U	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías 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 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 los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

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

- B. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS 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 referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituyan (n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de fondos de 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.

ARTICULO 6. Requisitos generales para el proceso de verificación de los cobros. Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen de salud presentaran a la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro, así como aquellos requeridos por la entidad.

La factura de servicios o documento equivalente se presentara a la entidad territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al prestador de Servicios de Salud y deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 16 de la resolución 5395 de 2013, con excepción del previsto en el numeral 6.

Elaboro: Tatiana Peña P.U	Reviso: Oficina Jurídica IVG
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control, serán pagados directamente por la entidad territorial al Prestador de Servicios de Salud que los haya suministrado.

Para efectos del recobro, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, debe considerar que el Plan Obligatorio de Salud (POS), de conformidad con la normativa vigente, incluye los medicamentos, independientemente de la forma de comercialización que se utilice, vale decir, genérico o de marca.

Parágrafo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), tramitarán por el procedimiento de recobro los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que no estén cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud, con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), en los términos del parágrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2°. Requisitos para las entidades recobrantes. Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o ante la entidad que se defina para tal efecto, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Para el evento en que se modifique la representación legal o domicilio, deberá allegarse nuevamente el certificado.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. Deberá presentar nuevo poder en caso de revocatoria, renuncia o sustitución.
3. El plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o

Elaboro: Tatiana Peña P U	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

modificación anual y el valor que deberá cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

4. La certificación de cumplimiento del reporte trimestral al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed), el cual deberá remitirse el último día hábil de los meses de enero, abril, julio y octubre de cada año, respecto de los precios de compra de medicamentos, en la que se indique que el archivo fue procesado exitosamente.

Parágrafo 3°. Requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros. Las entidades recobrantes deberán anexar a las solicitudes de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de recobro que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.
2. Copia del Acta de Comité Técnico-Científico (CTC), o del fallo de tutela. En caso de prestaciones periódicas, se radicará por una única vez y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.

Parágrafo 4°. Requisitos específicos para los recobros originados en acta de Comité Técnico-Científico (CTC). Los requisitos específicos para los recobros originados en actas de Comité Técnico-Científico (CTC), donde se determine y concluya la autorización respectiva de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), son:

1. Copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC), en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.
 - 1.1 Fecha de elaboración y número de acta.
 - 1.2 Datos de identificación del usuario.

Elaboro: Tatiana Peña P.U.	Reviso: Oficina Jurídica IVG
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

1.3 Diagnóstico y descripción en la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10 y análisis del caso objeto de estudio.

1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico.

1.5 De las tecnologías en salud No POS:

1.5.1 Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/ día y cantidad autorizada.

1.5.2 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).

1.5.3 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

1.5.4 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

1.5.5 De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS. Si estos no están incluidos deberá indicarse el código interno del proveedor.

1.5.6 De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

1.6 La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s),

Elaboro: Tatiana Peña P.U.	Reviso: Oficina Jurídica IV
Fecha: Junio de 2015	



[Handwritten signature]

 COLOMBIA GOBERNACION DEL AMAZONAS	AUTO No. <u>0008</u> 19 JUN 2015
	Dependencia: Dirección de Salud Departamental

concentración y forma farmacéutica y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado.

1.7 La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en dicho plan, equivalentes al servicio (s) médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.

1.8 En el caso de que no existan en el Plan Obligatorio de Salud (POS), los servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS, autorizados por el Comité Técnico- Científico (CTC), debe quedar manifiesta esta situación en el acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

1.9 La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución, certificando que estos han sido constatados en resumen de atención oepicrisis, historia clínica del afiliado o paciente.

1.10 La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.

1.11 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico (CTC). Para los médicos integrantes se requiere el número del registro médico.

2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

3.1 De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las

Elaboro: Tatiana Peña-RU	Reviso: Oficina Jurídica IV 
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable, acudiente o quien recibe, con número de identificación como constancia de recibido.

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): resumen de atención o epicrisis.

ARTICULO 7. La atención de un servicio sin cobertura en el POS, el prestador de servicio de salud que este atendiendo al afiliado, deberá proceder de la siguiente manera:

PARAGRAFO 1. Si tiene contratado el servicio NO POS, con la entidad territorial responsable del pago, deberá presentarla previa autorización del CTC, de conformidad en lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 5395 del 2013, y gestionar su pago ante la entidad territorial de acuerdo al decreto 4747 de 2007, cuando se trate de una urgencia manifiesta la autorización del CTC, se hará posterior.

PARAFRAFO 2. Si no tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS, con la entidad territorial, se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Si la IPS, tiene el servicio habilitado, deberá prestarlo previa autorización del CTC, en los términos del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013, o orden de autoridad judicial. Cuando se trate de una urgencia manifiesta la autorización del CTC, será posterior.
2. Si la IPS, no tiene el servicio habilitado, deberá consultar el listado de prestadores del servicio de salud, publicado por la entidad territorial y a través del sistema de referencia y contrareferencia, remitirá el paciente al prestador de servicio de salud del listado. Si dentro del listado de prestadores del servicio de salud, no existe uno habilitado para suministrarlo, la EPS, deberá elegir de su propia RED, el prestador de servicio de salud que lo brindará.

PARAGRAFO 3. Para los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, dentro de los dos (02) siguientes a la autorización por el CTC, la Entidad Promotora de la Salud, solicitará a la Entidad Territorial que indique el prestador de servicios de salud que brindará el Servicio. La entidad territorial dará respuesta a dicha solicitud oportunamente. Si

Elaboro: Tatiana Peña P U	Reviso: Oficina Jurídica IV
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

trascurridos cinco (05) la entidad territorial no ha dado respuesta al requerimiento, la entidad promotora de salud, deberá elegir, dentro del listado publicado por la esta entidad territorial, el prestador de servicios de salud.

PARAGRAFO 4. El departamento del Amazonas, en base al diagnóstico sobre la situación de salud, podrá mantener o implementar esquemas de negociación y compra centralizada de servicios y tecnologías en el POS, siempre y cuando:

1. Exista un concepto técnico – médico que soporte la conveniencia de adelantar dicha esquema para el tratamiento continuo de enfermedades crónicas o degenerativas, de alto costo o huérfanas de un determinado grupo de usuarios.
2. La Entidad territorial debe asegurar el correcto funcionamiento y control del esquema de compra centralizada, distribución de las tecnologías, seguridad en su administración y manejo de la información.
3. La Entidad territorial evidenciará que el esquema de compras centralizada disminuye los costos que deben pagar por dichos servicios o tecnologías.
4. La escogencia del proveedor se hará a través de un proceso de selección objetiva.

ARTÍCULO 8. Los servicios y tecnologías sin coberturas en el POS, suministrados a los afiliados al régimen subsidiado, se financiaran por la entidad territorial con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud- Prestación de Servicios de Salud, a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, previa presentación de la cuenta de cobro.

ARTICULO 9. Proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro. *Etapas que se surtirán en el proceso de verificación y control para pago de los recobros.* Las etapas que se surtirán en el proceso de verificación y control para pago de los recobros, serán la de prerradicación, radicación, preauditoría y auditoría integral.

Parágrafo 1. Etapa de prerradicación de los recobros. Esta etapa se efectuará por las entidades recobrantes vía web en el sistema que para el efecto implemente el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para tal fin, donde se registrará la información correspondiente a cada solicitud de recobro, según el anexo técnico que se adopte.

Elaboro: Tatiana Peña P U	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

Registrada la información a que refiere el inciso anterior, se efectuarán validaciones mediante cruces de información para establecer la existencia del usuario, de los reportes requeridos, de los códigos de medicamentos y de investigaciones administrativas o judiciales. Dichas validaciones se efectuarán contra bases de datos tales como:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
2. Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC).
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).
4. Código Único de Medicamentos (CUM).

Cuando se valide la información registrada, el sistema generará automáticamente el número de identificación y el formato de solicitud de recobro que individualiza cada una de estas, el cual contendrá datos básicos tanto de la entidad recobrante, como del usuario, así como la relación de documentos que lo soportan. Surtida la actuación a que se refiere el inciso anterior, la entidad recobrante podrá finalizar el registro de la información de los recobros a radicar, generará automáticamente el formato resumen con número de radicado, que deberá ser impreso y suscrito por su representante legal y contador público, debidamente identificado con el número de la matrícula profesional y el sistema le asignará fecha para su radicación dentro del plazo señalado en la presente resolución.

Parágrafo 2. Etapa de radicación de los recobros. Las entidades recobrantes deberán presentar los formatos de solicitud de recobro y de resumen, junto con los soportes documentales que correspondan, a través de la dependencia de radicación del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien se defina para el efecto, de lo cual habrá de entregarse la respectiva constancia de radicación.

En caso de que la entidad recobrante no aporte el formato resumen, o cuando este no contenga la firma del representante legal y del contador público debidamente identificado con el número de su matrícula profesional, o se

Elaboro: Tatiana Peña P.U.	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



 <p>COLOMBIA</p> <p>GOBERNACION DEL AMAZONAS</p>	<p>AUTO No. <u>0008</u></p> <p>19 JUN 2015</p>
	<p>Dependencia: Dirección de Salud Departamental</p>

presente fuera del plazo establecido en la presente resolución, se anularán los números de identificación de la solicitud de recobro y el de radicación y se entenderá por no presentada la respectiva solicitud.

1°. Los formatos de solicitud de recobro y el de resumen se presentarán conforme las especificaciones técnicas e instructivos que se señalen.

2°. Los soportes documentales de las solicitudes de recobro podrán presentarse en medio impreso o magnético, conforme a las especificaciones técnicas que se definan para el efecto. En caso de presentación en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro radicadas.

3°. Las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos.

Parágrafo 3. Etapa de preauditoría de los recobros. El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto, cotejará dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de los recobros, el soporte documental y la información suministrada por la entidad recobrante respecto de los recobros efectivamente presentados.

En la etapa de preauditoría se verificará el soporte documental y la información de cada recobro suministrada por la entidad recobrante, en relación con:

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de recobro, respecto a lo registrado en el formato resumen.
2. Inconsistencia del tipo y número de identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC), o del fallo de tutela, según sea el caso.

Elaboro: Tatiana Peña P.U.	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



[Handwritten signature]

 COLOMBIA GOBERNACION DEL AMAZONAS	AUTO No. <u>0008</u> 19 JUN 2015
	Dependencia: Dirección de Salud Departamental

4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

Parágrafo 4. Etapa de auditoría integral de los recobros. Las solicitudes de recobro que ingresen al proceso de auditoría integral serán verificadas conforme a los lineamientos técnicos contenidos en el manual de auditoría que defina el comité que se conforme para el efecto.

El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será de aprobación, o aprobación con reliquidación o no aprobación.

Parágrafo 5. Comunicación a las entidades recobrantes. El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro deberá comunicarse por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para tal fin, al representante legal de la entidad recobrante, en la dirección electrónica registrada y por escrito al domicilio informado, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría de que trata el artículo anterior. Dicha comunicación contendrá la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número de radicación del recobro.
3. Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado, o aprobado con reliquidación, o no aprobado.

Elaboro: Tatiana Peña P.U.	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	



 COLOMBIA GOBERNACION DEL AMAZONAS	AUTO No. <u>0008</u> 19 JUN 2015
	Dependencia: Dirección de Salud Departamental

4. Código y causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

5. Código y causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

ARTICULO 10. El presente auto aplica a los prestadores de servicios de salud y a las administradores de planes de beneficios que tienen afiliados al régimen afiliado al régimen Subsidiado de Salud al Departamento del Amazonas. Por lo cual la Secretaria de Salud Departamental vigilara y controlara el cumplimiento de lo establecido en el acto administrativo, y en caso de incumplimiento, realizara las acciones pertinentes de acuerdo con nuestras competencias.

ARTICULO 10. El presente auto rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Leticia a los, 19 JUN 2015



HERNAN RAFAEL GUTIERREZ BARRIOS
 Secretario de Salud Departamental

Elaboro: Tatiana Peña P. 	Reviso: Oficina Jurídica IVC
Fecha: Junio de 2015	

