

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 1122 del 28 MAR. 2019</p>	<p>Página 1 de 2</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LA RESOLUCION No. 5331 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y SE IMPLEMENTA EL NUEVO MANUAL DE AUDITORIA PARA EL PROCEDIMIENTO DE COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.”

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

En ejercicio de sus facultades legales, y en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001, la Ordenanza N° 018 de 2003, la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y protección Social y,

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ordenanza N° 018 del 18 de Julio de 2003, la Asamblea del Departamento Norte de Santander creó el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander como un establecimiento público del orden Departamental adscrito al Departamento Norte de Santander, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera; y con el objetivo primordial de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Segundad Social en Salud en el territorio del Departamento Norte de Santander, y cumple entre otras las funciones de “adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación, o en armonía con éstas”.

Que la Ley y Artículo ibidem, establecen en los numerales que se enuncian a continuación, lo siguiente: “(...) 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(...)*”.

Que el Decreto 196 de 2013, señala que el componente de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado

Que en el numeral 2.2 del artículo 2 del precitado Decreto y en virtud de la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se entiende como servicios de salud no incluidos en los planes obligatorios de salud, aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial y que en todo caso no estén considerados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 como prestaciones no financiadas por el sistema por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Que la Oficina del Sub-grupo de Prestación de Servicios de Salud, del Instituto Departamental de Salud, cuenta con un grupo de Auditoría de Cuentas, quien efectúa la evaluación sistemática de la facturación de los servicios de salud que realizan los prestadores de servicios de la salud, con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades en el proceso de facturación teniendo en cuenta como punto de partida el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado, y el mecanismo para su verificación, control y pago, respecto a los servicios facturados.

Que los servicios de salud a nivel territorial deberán prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Que mediante Resolución No. 005331 del 26 de diciembre de 2017 el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander adopto el Manual de auditoria, el cual se hace necesario subrogar con el presente acto administrativo, conforme a lo establen las nuevas disposiciones que regulan la materia.



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 1122 del 20 MAR. 2019</p>	<p>Página 2 de 2</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LA RESOLUCION No. 5331 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y SE IMPLEMENTA EL NUEVO MANUAL DE AUDITORIA PARA EL PROCEDIMIENTO DE COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.”

Que mediante Resolución 2438 del 12 de junio de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció 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 con fundamento en la Resolución precitada, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander expidió la Resolución 555 del 20 de febrero de 2019, dentro de la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso, reporte de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios suministrados a los afiliados al régimen subsidiado del Departamento Norte de Santander.

Que, en el cumplimiento de la Resolución 555 del 20 de febrero de 2019, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander implementará el nuevo manual de auditoria que contiene el listado de glosas aplicables en los procedimientos que integran el proceso de verificación y control.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Implementar el Manual de Auditoria Médica, para dar aplicación al proceso para Cobro y Recobro por parte del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander a los prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento, autorizados por los profesionales de la Salud por Mi Prescripción - MIPRES, u ordenados mediante providencia de autoridad judicial, el cual hará parte como anexo al presente Acto Administrativo.

Artículo 2. **Ámbito de aplicación.** El presente Acto aplica a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado en el área de influencia del Departamento Norte de Santander, y aun cuando estas IPS se encuentren en otros Departamentos, siempre y cuando correspondan a la red prestadora de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario.

Artículo 3. El presente acto administrativo y su anexo se publicará en la pagina Página Web del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Artículo 4. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y subroga la Resolución No. 5331 del 26 de diciembre de 2017.

PÚBLIQUÉSE Y CÚMPLASE



JUAN ALBERTO BITAR MEJÍA
Director

Proyecto: Equipo Prestación de Servicios - IDS
Reviso: Ernesto Sánchez – Profesional Especializado PSS
Vo.Bo: Cherry Gregorio Suárez Yañez - Coordinador de PSS



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL PROCEDIMIENTO DE COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER."	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión 02
		Página 1 de 39

1. OBJETIVO

Establecer el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro y cobro radicadas por las EPS ante el Instituto Departamental Norte de Santander y Estandarizar los criterios de verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en la Resolución 2438 de 2018 modificada por la Resolución 5871 de 2018; Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social; y la Resolución 555/2019 del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y ajustar el manual de auditoria con el objeto de integrarse a la prescripción a través de la herramienta tecnológica MIPRES "Mi prescripción" dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, este manual está integrado por las etapas de pre-radicación, radicación, pre auditoría integral y auditoría integral,. Desde esta perspectiva, el presente documento corresponde a la descripción de los parámetros que serán objeto de evaluación en la denominada Etapa de Auditoría Integral en el subgrupo de prestación de servicios.

2. ALCANCE

El presente manual aplica al Departamento Norte de Santander, a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en los Municipios del Departamento Norte de Santander y a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud que presten servicios y tecnologías de salud no incluidas en el plan de beneficios a la población afiliada al Régimen Subsidiado del Departamento Norte de Santander, que se hayan prescrito a través de la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Protección Social "Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud no Cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPS – MIPRES no PBS" o fallos de tutela

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 NORMATIVIDAD

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Decreto Ley 019 de 2012: Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Elaboró		Revisó		Aprobó	
Profesional Especializado De Prestación de Servicios de Salud		Funcionario Designado con funciones de Coordinador de Prestación de Servicios de Salud		Director Instituto Departamental de Salud Norte de Santander	
Fecha		Fecha		Fecha	

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 2 de 39

Resolución 5261 de 1994: Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud.

Resolución 3374 de 2000: Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 1479 de 2015. Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud suministrados a los afiliados del régimen subsidiado.

Resolución 2438 de 2018 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.

Resolución 555 de 2019 Por la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso, reporte de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios suministrados a los afiliados al régimen subsidiado del departamento Norte de Santander

Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Circular 03 de 2013: Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.

Circular 04 de 2016: Por la cual se incorpora un medicamento al control directo de precio con base en la metodología establecida en la Circular 03 de 2016 y se fija su Precio Máximo de Venta.

Circular 07 de 2018: Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones.

Circular 08 de 2018: Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018.

Circular Externa 017 de 2015 Supersalud: Por la cual se imparten instrucción respecto de la facturación de eventos o tecnologías NO PBS.

Nota Eterna 201433200152233: Adopción del anexo técnico de Comparadores administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios

Nota externa 201633200309423: Adopción del concepto técnico de comparadores administrativos fase II para medicamentos no cubiertos por el plan de beneficios con cargo a la UPC.

Sentencia SU-480: 1997

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 3 de 39

Sentencia C-510: 2004

Sentencia C-463: 2008

Sentencia T-760:2008

Sentencia T-160: 2014

3.2 DEFINICIONES

Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC (PBS-UPC): conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud

Determinación de responsabilidad de reconocimiento por parte de las entidades territoriales de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios. Las entidades territoriales deberán consultar la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA para efectos de determinar su responsabilidad en el reconocimiento de las tecnologías en salud no financiadas con los recurso de la UPC de los afiliados del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, en el marco del procedimiento de verificación, control y pago de estas. Como se establece en la Resolución 2438 de 2018.

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud. Este es generado por la IPS.

Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

Homologo: Tecnología en salud cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PBS-UPC), que las entidades recobrantes utilizaran para definir el monto a recobrar por la tecnología en salud que es objeto de recobro / cobro.

Comparador administrativo: Tecnología en salud cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PBS-UPC), que las entidades recobrantes utilizaran para definir el monto a recobrar por la tecnología en salud que es objeto de recobro / cobro definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Prestaciones no financiadas con recursos del Sistema de Salud: tecnologías o servicios que adviertan los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya: así como las que hagan parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

Uso: Condición en la cual se está recobrando el medicamento y se considera implícita en las indicaciones autorizadas por el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 4 de 39

Forma farmacéutica: Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas, entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

Unidad Mínima De Concentración (UMC): Unidad mínima de concentración del comparador administrativo: (g/ mg/ mcg/ U.I., según corresponda).

Unidad de medida de la dispensación (UMD): Para efectos de la medida de comparadores administrativos, corresponde a la unidad mínima de medida en la que se dispensó el medicamento (Vial, tableta, Frasco, entre otras)

Monto Por Unidad Mínima de Concentración (Pesos): Valor que corresponde al comparador administrativo por UMC.

Entidad recobrante: Entidad que garantiza el suministro de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a sus afiliados, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y solicita ante la entidad Territorial el pago de dichas tecnologías en salud.

Fallo de tutela: Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías en salud NO PBS.

Historia clínica: es un documento legal, privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo, o cuando alguna autoridad competente lo requiera, para lo cual debe mediar solicitud oficial escrita.

Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad y legibilidad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.

Registro de anestesia: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente, o tutor firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 5 de 39

Fórmula u Orden médica: documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe una tecnología en salud, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, con fines de promoción y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

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

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

Cantidad autorizada: Cantidad total de servicios o tecnologías en salud NO PBS que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario.

Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, que incluyendo el nombre, (genérico y/o comercial previamente autorizado) presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

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.

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

Facturación por evento: es la factura que se genera por la prestación de servicios de salud de todos y cada uno de los eventos que se causan en la atención del usuario. Se determinan los valores de cada uno de los servicios de manera individual (medicamentos, intervenciones, apoyo diagnóstico, hospitalización y otros); el costo total de cada paciente es diferente.

Objeción: observación o argumento que se esgrime en contra de una conducta o decisión tomada, para negar su validez o señalar alguna deficiencia en su razonamiento.

Glosa: observación, argumento u opinión, que se esgrime para no reconocer el pago total o parcial de una factura, generada por la prestación de servicios de salud por una IPS. Este concepto señala alguna deficiencia en su cobro, o determina que no se encuentra acorde con la normatividad en salud vigente al respecto o lo establecido contractualmente.

Reporte de glosa: comunicación escrita de una objeción que se realiza a una factura.

Respuesta a glosa: comunicación formal de la IPS soportando o adjuntando Nota Crédito por algún concepto de glosa previa.

Reporte de devolución: comunicación escrita del no pago de la totalidad de la factura por competencia en soportes o algún otro factor que obstaculice la auditoría de la misma

Nota Crédito: registro contable generado por la IPS, donde se acepta un valor glosado a una factura.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 6 de 39

Factura Preauditada: factura que se genera por la prestación de servicios de salud en una IPS, la cual ha sido auditada previamente por el auditor. En la institución donde se realizó la Auditoría médica concurrente, antes de ser enviada para su cobro a la EAPB.

Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras)

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

Extemporaneidad: corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de recobro por parte de las entidades recobrantes al no adelantar las etapas de pre-radicación y radicación ante el Instituto Departamental Norte de Santander.

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

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

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

Producto biológico: Aquel que ha sido elaborado con materiales 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.

Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra a la entidad recobrante una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.

Cobro: solicitud presentada por una entidad recobrante ante la entidad territorial, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, al igual que los servicios complementarios según corresponda, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación

Enfermedades huérfanas: son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas. Comprenden las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECIBOS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 7 de 39

Junta de Profesionales de la Salud: grupo de profesionales de la salud , los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar una tecnología en salud o servicio complementario de soporte nutricional ambulatorio o medicamento incluido en el listado temporal de usos no incluidos en registro sanitario, prescritos por el profesional de la salud

Medicamentos vitales no disponibles: conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta "indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes". Adicionalmente, también incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles.

Profesional de la salud par: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial Si la prescripción se realiza por un sub-especialista de la medicina. Su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad. Base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico 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 Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC y Servicios Complementarios: diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales las EPS o las EOC 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 el Ministerio de Salud y Protección Social, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud presentas que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.

Soporte nutricional: aporte de nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales de un individuo, bien sea a través de nutrición parenteral, nutrición enteral o mixta dadas sus condiciones cuando no es posible o aconsejable alimentarlo mediante la nutrición convencional. 20.

Suministro efectivo: entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario prescrita 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

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 en salud

Usos no Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS): uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA

Número de Prescripción: Corresponde al número asignado por aplicativo MIPRES, una vez ha finalizado el diligenciamiento de la prescripción de servicios o tecnologías

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 8 de 39

en salud no cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC o aprobada por la Junta de Profesionales de la Salud.

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 la prestación en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

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

4. DESARROLLO

4.1 DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE PRERADICACION”

Esta etapa abarca el de pre radicación de la información en medio magnético de la entidad recobrante. La cual se describe a continuación:

Etapa de Pre-radicación: El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad que realiza el cobro y/o recobro con bases de datos con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del cobro y/o recobro y las investigaciones administrativas o judiciales; dentro de esta etapa se identifican las siguientes sub etapas:

1. **Inicio:** Inicia con la remisión de la información correspondiente de cada solicitud de cobro y/o recobro, por la respectiva EPS, vía correo electrónico a los correos electrónicos: auditoriapssids@ids.gov.co o auditoriapssids@gmail.com, con los archivos planos y en pdf los documentos establecidos por la entidad territorial (IDS-1, IDS-2, IDS-3). Los correos electrónicos o pre-radificaciones de los archivos planos, se recibirán del 1 al día 15 calendario de cada mes en las horas hábiles de las mañanas, y serán validados dentro de las 48 horas siguientes al envío de la información de la EAPB. Previa validación de los mismos por la respectiva malla validadora del IDS. Se radicara por cada entidad y se validara en estricto orden de llegada, con el funcionario designado por la EAPB para dicho proceso
2. **Validación de la Información.** El Instituto Departamental de Salud, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:
 - ✓ Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
 - ✓ Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
 - ✓ Numero de prescripción de tecnología en salud no financiada con cargo a la UPC o servicio complementario (según la herramienta tecnológica)
 - ✓ Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).
 - ✓ Código Único de Medicamentos (CUM).
 - ✓ Registro Único de Víctimas (RUV).
 - ✓ Validación códigos únicos de prestación de servicios (CUPS).
 - ✓ Validación códigos internacional de enfermedades (CIE10).
3. **Resultado de la Validación:** La validación de la información registrada por la entidad recobrante en el sistema, deberá coincidir con el:

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NORTE DE SANTANDER</small>	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 9 de 39

- ✓ El formato de solicitud de recobro y/o cobro establecido por la entidad territorial (IDS-1, IDS-2). que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada cobro y/o recobro.
- ✓ El formato resumen de la radicación establecido por la entidad territorial (IDS-3), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud a través del aplicativo MIPRES y/o fallos de tutela y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el revisor fiscal en las entidades que estén obligadas en caso contrario el contador público de la entidad recobrante.

Una vez generado el reporte de validación la EAPB deberá allegar la documentación física que cumplió con todas las validaciones, dentro de las 24 horas siguientes

El ingreso del cobro y/o recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información supera todas las validaciones de estructura y contenido tanto en el físico como en el magnético.

El no ingreso del cobro y/o recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando información no supera las validaciones correspondientes; se devuelve la información magnética y física y se debe radicar el mes siguiente

Adicionalmente, EL IDS deberá verificar que los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes para las prescripciones a partir del 01 de Abril de 2019 no se deriven de las siguientes situaciones:

- El recobro es de una IPS que inició la prescripción por MIPRES, sin embargo, presentó el recobro por el mecanismo del CTC. En este caso el recobro se anulará. Para las prescripciones a partir del 01 de Abril de 2019
- El recobro es de una IPS que inició la prescripción por MIPRES, sin embargo, la entidad está presentando recobros por MIPRES y CTC. En este caso el recobro se anulará No está permitido que las IPS prescriban en MIPRES y continúen tramitando servicios por CTC, para prescripciones a partir del 01 de Abril de 2019.

4.2 DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA "ETAPA DE RADICACION"

El objeto de esta etapa es presentar ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander Oficina de Prestación de Servicios ubicado en la Avenida 0 Calle 10 Piso 3 - Edificio Rosetal de la Ciudad de Cúcuta, los formatos IDS-1, IDS-2, IDS-3 (Ver Anexos) diligenciados correctamente, junto con los soportes en medio impreso y/o magnético, los cuales deben venir presentados en caja de archivo N° 12.

Se compone de las siguientes etapas:

1. Inicial: La Empresa administradora de planes de beneficios debe presentar ante el instituto departamental de salud de forma presencial el formato de solicitud de recobro y/o cobro individual IDS-1, IDS-2 y el formato resumen de radicación IDS-3; si el formato IDS-3 radicación no contiene la firma del representante legal y del revisor fiscal en las entidades que estén obligadas, de lo contrario, por el contador Público indicando el número de matrícula profesional con firmas originales (formato original) o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido,

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 10 de 39

los números de radicación asignados a cada cobro y/o recobro y el formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

En caso de presentación de los soportes 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 presentadas.

- Para la presentación de los soportes en medio impreso, las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos físicos.

Nota: Así mismo se eliminará el radicado que no cumpla con los requisitos mencionados anteriormente.

- Para la radicación se deben tener en cuenta lineamientos establecidos en la circular 601 de fecha 29 diciembre 2017 y la circular 66 de febrero de 2019 expedidas por el Instituto departamental de salud una vez por mes de acuerdo a la cita asignada por el funcionario responsable en la entidad territorial y así mismo deberá ser presentada en cajas de archivo N°12 de acuerdo a lo establecido en la Ley de archivo (Ley 594 de Julio de 200, y regulada por los Decretos N°4124 de 2004 y N° 1100 de 2014).

Nota: Las facturas que se encuentren con gancho metálico, no serán objeto de radicación (dar aplicación a la Ley de archivo).

- Verificación de documentación obligatoria: la responsable de la recepción por parte de la entidad territorial debe verificar Planilla de liquidación, pago de Seguridad Social y aporte Parafiscales del mes en que se presenta el cobro y/o recobro o certificado emitido por el revisor fiscal o contador público del pago de Seguridad Social y aporte de parafiscales del mes en que se presenta el servicio.
- Punteo: Se realizará punteo de cada una de las facturas presentadas contra el físico y el software de la entidad territorial, y será realizado por el funcionario designado por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander junto al funcionario designado por la respectiva EPS.
- Final: una vez verificados los requisitos anteriores el responsable procederá a generar el número del radicado según el software de la entidad territorial. La numeración asignada para el radicado debe estar sellada (registrada) en cada uno de los soportes de radicación Formatos IDS-1, IDS-2, IDS-3 y factura.

4.3 DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE PREAUDITORIA INTEGRAL

El objeto de esta etapa es verificar que el cobro y/o recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

- Inicio: Posterior a la radicación el funcionario responsable realiza entrega al pre auditor de la totalidad de medios físicos radicados a través del formato F-AS-PS-05-11.
- Desarrollo de pre auditoria: El pre auditor dentro de los quince (15) días hábiles siguiente a la radicación de las solicitudes de cobro y/o recobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, el Instituto Departamental de Salud, cotejará

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 11 de 39

el soporte documental con la información suministrada por la entidad que presenta el cobro y/o recobro. Se tendrán como causales de eliminación del número de radicado asignado en el software de la entidad territorial, las solicitudes que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

- Ausencia del original de la factura en el cobro y la copia original de la factura de venta o documento equivalente en el recobro.
- Ilegibilidad de los soportes del cobro y/o recobro
- Ausencia de certificación expedida por el contador y/o revisor fiscal de la IPS que recibió el pago, por parte de la EPS donde conste el pago de la obligación para recobros
- Incumplimiento de requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente los cuales deben ajustarse a los requisitos exigidos en el estatuto tributario y demás normas complementarias aplicables
- Incumplimiento de los requisitos generales que hacen parte establecidos en la Resolución 555/2019 emitida por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
- Incumplimiento en los documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de cobro originadas a partir de prescripciones por el aplicativo MIPRES y Fallos de Tutela establecidos en la Resolución 555/2019 emitida por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.
- Ausencia Número de prescripción efectuada por el profesional de la salud en el aplicativo MIPRES y/o fallos de tutela
- Ausencia de Numero de prescripción de tecnología en salud no financiada con cargo a la UPC o servicio complementario aprobados por junta de profesionales.
- Inconsistencia ante lo reportado en el medio magnético y los soportes documentales allegados en el cobro y/o recobro
- Incumplimiento de los documentos e información específica establecidos en el Artículo 9 de la Resolución 555/2019

En estos casos el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander procederá a anular el número de radicado asignado a cada solicitud de cobro y/o recobro, informara a la entidad recobrante el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de pre auditoría, el resultado y la fecha de citación para la entrega de la documentación.

4.4. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE AUDITORIA INTEGRAL

El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros y cobros.

1. Inicio. Culminadas de manera exitosa las etapas de pre radicación, radicación y pre auditoría, se da inicio a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los cobros y/o recobros.
2. Control de auditoría: Consiste en la Verificación de cumplimiento de reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías del plan de beneficios único en salud mencionadas en la Resolución 555 de 2019 Artículo 7.
3. Resultado del Proceso de Auditoría Integral: El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro será:

3.1. Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 12 de 39

- 3.1.1. Aprobado total: Cuando todos los ítems del recobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
- 3.1.2. Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.
- 3.1.3. Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.
- 3.2. No aprobado: Cuando todos los ítems del cobro y/o recobro no cumplen con los requisitos señalados en la Resolución 555 de 2019 y en el manual de auditoría.

Definición de los requisitos esenciales: Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al verificarse por el auditor permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro por el Instituto Departamental Norte de Santander.

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos relacionados en el numeral 6.3.1 de éste Manual, sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales definidos. Dichos requisitos esenciales son los siguientes:

a. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO PBS existía y le asiste el derecho: para la fecha en que se suministró la tecnología en salud NO PBS objeto del recobro: el usuario se encontraba vivo y 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 y/o cobro deben corresponder a los registrados en la mencionada base.

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

b. La tecnología en salud suministrada no estaba cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC: la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de recobro no se encontraba cubierta por el Plan de Beneficios de Salud para la fecha de prestación del servicio.

Se entiende como fecha de prestación o de suministro de la tecnología NO PBS, lo siguiente: (I) Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia de entrega de la tecnología, esto es, firma o

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECIBOS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 13 de 39

número de identificación del paciente, su representante, responsable acudiente o de quien recibe la tecnología en el formato dispuesto por la entidad prestadora de servicios de salud.

Cuando la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la fecha de egreso del usuario, registrada en la copia del informe de atención inicial de urgencias, del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica se debe anexar el soporte de prestación del servicio.

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

Procedimientos:

De acuerdo a la vigencia auditada se tendrá en cuenta la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio. Con esta información y basándose en la fecha de prestación, se verifica si el procedimiento recobrado, hace parte del plan de beneficios.

Para establecer las coberturas en el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, 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 período.

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

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **Radiofármacos:** Son cobertura del PBS cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- **Medios de contraste:** La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del PBS
- **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
Cardioleplejica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Visco elásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	En procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o el lavado (irrigación) de diferentes cavidades (vejiga, peritoneo)

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NORTE DE SANTANDER</small>	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 14 de 39

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

Analgesia, anestesia y sedación: Se cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el plan de beneficios con cargo a la UPC, incluida la atención del parto.

Indicaciones autorizadas: Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Dispositivos e insumos

En virtud de lo anterior, la presentación de recobros/cobros de insumos, materiales o dispositivos médicos por parte de las entidades recobrantes serán aquellos que se encuentran descritos en las tablas de referencia en el aplicativo MIPRES.

Dispositivos e insumos:

El desarrollo del principio de integralidad las EAPB o entidades que hagan sus veces, deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación) sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención por internación.

En caso de que la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se podrán prescribir únicamente los que se encuentran en el aplicativo, y de acuerdo a la cobertura establecida por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o los actos administrativos expedidos por el Ministerio.

c. La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios está soportada en una prescripción efectuada en el aplicativo MIPRES: por el profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela, el cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante, así:

TIPO RECOBRO/COBRO	CRITERIO DE AUDITORÍA
Recobro/cobros derivados de una prescripción en el aplicativo MIPRES	Número de la prescripción efectuada por el profesional de la salud en el aplicativo MIPRES, el cual debe ser aportado por la entidad recobrante en el TXT, en el campo destinado para tal fin
Recobro/cobros derivados de una prescripción en el aplicativo MIPRES y corresponden a servicios que requieren concepto de junta de profesionales de la salud	Acta de la junta de profesionales de la salud que contenga como mínimo lo descrito en el artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018, y el concepto de la decisión se encuentra diligenciado en el aplicativo MIPRES. Aplica solo para los casos que requieren concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.
Recobro/cobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela	Fallo de tutela en donde se evidencia nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología, con su respectivo Número de la prescripción efectuada en el aplicativo MIPRES el cual debe ser aportado por la entidad recobrante en el TXT, en el campo destinado para tal fin, Formulario de justificación debidamente diligenciado por el médico o profesional tratante del envío de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado en servicios complementarios derivados de fallos de tutela integrales

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 15 de 39

Cuando el recobro/cobro corresponde a un servicio o tecnología que hace parte del listado de exclusiones de la financiación con recursos públicos asignados a la salud (*Resolución 5267 de 2018 "Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud"*), estos serán objeto de reconocimiento y pago siempre y cuando sean ordenados por un fallo de tutela de manera explícita.

Las entidades recobrantes no deben presentar recobro/cobros derivados de prescripciones con estado anulado, en todo caso, el profesional de auditoría verificará el estado de las prescripciones de los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes, en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social o quien haga sus veces como insumo para efectuar la auditoría integral, cuando las mismas se encuentren con estado anulado, se interpondrá la glosa pertinente

Las entidades recobrantes presentarán los recobros/cobros de prescripciones de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC, que requiere concepto de junta de profesionales de la salud, una vez dicha prescripción cuenta con el concepto de aprobación por parte de la junta de profesionales de la salud en el aplicativo y aporta copia del acta acorde al concepto reportado en el aplicativo. El profesional de auditoría deberá verificar el estado de las prescripciones de los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes, en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social o quien haga sus veces como insumo para efectuar la auditoría integral, cuando correspondan a prescripciones de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC que requiere concepto de junta de profesionales, las mismas deberán contar con el concepto de aprobación de la mencionada junta y este debe ser acorde al acta aportada por la entidad recobrante, de lo contrario a dicho recobro/cobro, se le interpondrá la glosa pertinente.

No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de trascripciones por contingencia. El profesional de auditoría verificará la fecha de prescripción contra la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud recobrada, en caso de que se presente alguna inconsistencia y estos recobros/cobros no correspondan a los condicionamientos mencionados, se le interpondrá la glosa pertinente

Para la validación de la indicación o uso INVIMA las entidades recobrantes y el profesional de auditoría debe tener en cuenta, lo siguiente: En virtud de lo establecido en el numeral 9 del artículo 3 de la Resolución 532 de 2017, para validar la indicación registrada en el INVIMA de los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se consideraran armonizadas las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se contemplara para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica; el auditor deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos del cobro y recobros que permitan dar conexidad entre el diagnóstico, la justificación de la prescripción, el servicio y/o tecnología suministrada y la indicación registrada en el INVIMA. Cuando no es posible efectuar dicha conexidad por información insuficiente en los diferentes soportes del cobro y recobros o una

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 16 de 39

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

Cuando la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponda a insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), esto debió ser descrito por el profesional de la salud en el campo de Indicaciones o recomendaciones especiales, lo anterior con el objetivo de que la EPS suministrará correctamente lo requerido por el usuario, sin trámites adicionales. En este caso, EL profesional de auditoria deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los campos de la prescripción y verificar que corresponda la prescripción efectuada por el profesional de la salud, con lo efectivamente suministrado al usuario

En relación a las justificaciones de las prescripciones efectuadas en MIPRES por los profesionales de la salud, estas deberán contener información pertinente y útil; no es viable ni responsable diligenciar los campos de las justificaciones médicas con textos incomprensibles ni caracteres ilegibles. Dado lo anterior y con el objetivo de verificar dicha situación en la auditoría integral del recobro, el profesional de auditoria deberá tener en cuenta:

No se evaluará la pertinencia médica de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, lo anterior entendiéndose que la misma fue efectuada en el marco de su autonomía médica para el diagnóstico y tratamiento del paciente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, la cual deberá ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible

En las prescripciones efectuadas a partir del 01 de abril del 2019 , la verificación de la justificación realizada por los profesionales de la salud, será conforme a lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 2438 del 2018, que indica: "(...) *Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión. (...)*" el profesional de auditoria validará la información consignada en la historia clínica del usuario objeto del recobro, si esta hace parte del recobro y la misma permite establecer la obligación del reconocimiento y pago por parte del ente territorial; en caso contrario se impondrá la glosa pertinente.

d. La tecnología en salud NO PBS fue efectivamente suministrada al usuario y por lo tanto existe:

- I. Soporte que evidencia su entrega.
- II. Facturación del proveedor del servicio.

Respecto a la primera condición (i) evidencia de entrega de la tecnología al usuario, se debe tener en cuenta:

Cuando la tecnología NO PBS autorizada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en el formato diseñado para tal efecto por el prestador del servicio.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 17 de 39

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro de la tecnología NO PBS:

- Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
- En caso de prestación de tecnologías NO PBS 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, la tecnología NO PBS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Cuando la tecnología NO PBS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias:

- Copia del informe de atención inicial de urgencias.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes:

- 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.

Cuando la tecnología NO PBS autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. Se acepta la presentación de los siguientes soportes:

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

Respecto a la segunda condición (II) Factura de venta original para el cobro y copia original para el recobro, dicho soporte debe identificar:

- Nombre, identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS.
- Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad de la tecnología en salud NO PBS.
- Para el caso del recobro la EAPB debe registrar en la factura los números de la totalidad objeto de recobro con el valor específico de cada factura.
- Constancia de pago de la factura recobrada por parte de la empresa administradora de planes de beneficios.
- Termina para la presentación de solicitudes de cobro y/o recobro. Las entidades que realizan cobros y/o cobros por atenciones NO PBS deberán adelantar las etapas de pre-radición, radición, pre auditoría y auditoría integral de las

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 18 de 39

solicitudes de cobro y/o recobro ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, dando aplicación a lo establecido en la figura de la acción cambiaria, la cual debe efectuarse dentro del tiempo consagrado en la Ley, de lo contrario se extingue por inactividad del tenedor en virtud de la figura de la prescripción establecida en el artículo 789 del Código de Comercio, el cual señala : "La acción cambiaria directa prescribe en el término de 3 años"

e. El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO PBS corresponde al Instituto Departamental Norte de Santander y se presenta por una única vez: Los soportes allegados con el recobro evidencian que el reconocimiento de la tecnología en salud NO PBS corresponde al Instituto Departamental Norte de Santander y por lo tanto su pago se realiza por una única vez para la población afiliada al régimen subsidiado. Para el efecto, se evalúa que el usuario pertenezca a éste régimen mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

Frente al reconocimiento y pago de un ítem de un recobro se realiza siempre y cuando el Instituto Departamental Norte de Santander no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

Se entiende por recobro 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.

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 el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. La diferencia no cubierta por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander correspondiente al valor de los homólogos o al monto del comparador administrativo será asumida por la Entidad Promotora de Salud.

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 la normatividad vigente.

Para la selección de la tecnología similar (homologo) de lo no cubierto por la UPC el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander tendrá en cuenta lo establecido en la Resolución 5332/2017 "por medio de la cual se adopta el manual de homólogos para medicamentos, del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander"

Monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO PBS: para el reconocimiento se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 7 y Artículo 16 de la Resolución 555/2019

4. Comunicación de los Resultados de Auditoría a las Entidades Recobrantes. El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de cobro/recobro se comunicará por el funcionario de la Oficina de Prestación de Servicios del Instituto Departamental de Salud designado para el caso, al representante legal de la entidad que realiza el cobro y/o recobro, a la dirección electrónica registrada por dicha entidad y al domicilio informado por la misma, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la radicación en el Instituto Departamental de Salud. El auditor encargado de cada entidad debe realizar cierre en el software, generar informes y realizar entrega al técnico responsable de las comunicaciones impresas en el software (certificación de auditoría, detalle de facturas auditadas y reporte de glosas) con las facturas originales

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 19 de 39

y soportes radicadas a la entidad territorial y se debe notificar por correo electrónico simultáneamente los documentos generados en la auditoría.

5. Contenido de la Comunicación. La comunicación deberá contener la siguiente información:

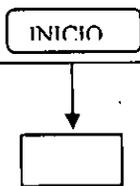
- 5.1. Fecha de expedición de la comunicación.
- 5.2. Número de radicación de cada cobro y/o recobro.
- 5.3. Resultado de la auditoría integral por cobro y/o recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- 5.4. Causales de aprobación con reliquidación, en forma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

6. **Objeción a los Resultados de Auditoría.** La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los cobros y/o recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los cobros y/o recobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro y/o recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

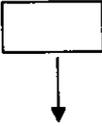
La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas. Si la entidad que efectúa el cobro y/o recobro considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se pueden desvirtuar con la información contenida en los soportes del cobro y/o recobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información; si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del cobro y/o recobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas. Las objeciones incluirán el número de identificación de la solicitud de cobro y/o recobro asignado inicialmente.

7. **Respuesta a la Objeción Presentada por la Entidad que Presente el Cobro y/o recobro:** El funcionario de la Oficina de Prestación de Servicios del Instituto Departamental de Salud designado para el caso, dentro de treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo y se debe realizar en el software de la entidad territorial.

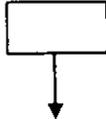
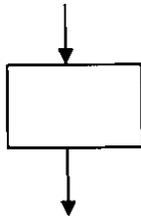
8. El correo institucional del IDS para realizar las notificaciones es auditoriapssids@ids.gov.co o auditoriapss@gmail.com.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
				
1		Las entidades que realiza las atenciones NO PBS, registran la información correspondiente a cada solicitud de cobro y/o recobro, vía correo electrónico auditoriapssids@ids.gov.co		

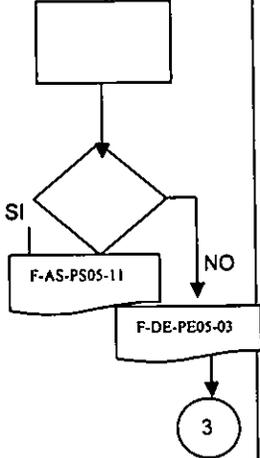
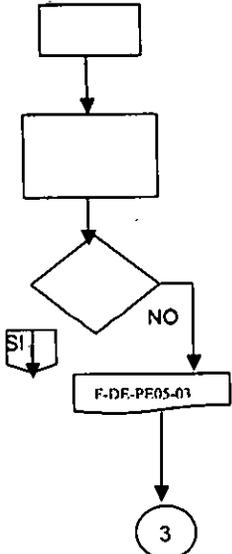
	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 20 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<u>auditoriapssids@gmail.com</u> Los correos electrónicos o pre-radificaciones de los archivos planos, se recibirán del 01 al día 15 calendario de cada mes en las horas hábiles de las mañanas.		
2	Técnico Administrativo	Recepcionar los correos enviados por las EPS y realizar la validación de la información con el software DKD del Instituto Departamental de Salud, dentro de las 48 horas siguientes al envío de la información por la EAPB, verificando que cumpla con la Estructura y cruzando información con las bases de datos única de afiliados (BDUA), Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC), Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), Código Único de Medicamentos (CUM) y Registro Único de Víctimas (RUV), Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS) y Códigos Clasificación de CIE 10.		Verificar correo
3	Profesional Universitario de Sistemas	<p>Generar el Informe de acuerdo a los resultados de la validación a través del Software. La información registrada por la entidad recobrante en el sistema, deberá coincidir con el:</p> <p>El formato de solicitud de recobro establecido por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada recobro.</p> <p>El formato resumen de la radicación establecido por el Instituto Departamental de Salud el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el Contador Público de la entidad recobrante.</p> <p>Si la información supera todas las validaciones de estructura y contenido, ingresa el cobro y/o recobro a la etapa de radicación.</p>		

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 21 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>En caso de no superar las validaciones correspondientes, se devuelve la información magnética y física y se informa a la Entidad que debe radicarla en el mes siguiente, así mismo ajustar los valores reales a radicar dependiendo del estado de errores emitidos.</p> <p>Envía el resultado de la validación a la EAPB correspondiente y a la auxiliar de radicación. (24 horas)</p>		
		<p>Continúa a Radicación?</p> <p>La radicación de la facturación se deberá realizar de acuerdo a la circular 601 de fecha 29 de diciembre de 2017, y la circular 066 del 14/02/2019 expedidas por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, una vez por mes de acuerdo a la cita asignada por el funcionario de la Entidad Territorial y la misma deberá ser presentada en cajas de archivo (N° 12), de acuerdo a lo establecido en la Ley de archivo (Ley 594 DE 14 DE Julio de 2000, y regulada por los Decretos N° 4124 DE 2004 y N° 1100 DE 2014).</p>		
4		<p>Las entidades presentan ante el IDS - subgrupo PSS - área de Radicación de Cuentas Medicas, las cuentas con los soportes correspondientes (Los cobros y recobros debe entregarse los primeros 15 días calendarios de cada mes). Las entidades presentan ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander Oficina de Prestación de Servicios ubicado en la Avenida 0 Calle 10 Piso 3 - Edificio Rosetal de la Ciudad de Cúcuta, los formatos, de solicitud de recobro y/o cobro establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander junto con los soportes en medio impreso y/o magnético.</p>		

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECIBOS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 22 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
5	Auxiliar administrativa	<p>Recibir los formatos de solicitud de recobro y/o cobro establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander junto con los soportes en medio impreso y/o magnético. Cuando la entidad recobrante no aporte los formatos de solicitud de recobro y/o cobro establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander el formato no contenga la firma del representante legal y del contador público identificado con el número de su matrícula profesional; o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, los números de identificación asignados a cada cobro y/o recobro y al formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.</p> <p>Verificar el adecuado embalaje, el foliado, la calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos en físico.</p> <p>Puntear las facturas una a una en el software y generar el radicado.</p> <p>Entrega soportes de cada uno de los Cobros o Recobros a cada preauditor, de acuerdo a la asignación de EAPB. F-AS-PS05-11 Formato de Facturación a Técnicos</p>		Verificar los paquetes
6	Técnico en auditoria	<p>Verificar que el cobro y/o recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.</p> <p>Cada cobro y/o recobro debe tener:</p> <p>1. Formatos de solicitud de recobro y/o cobro establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander por concepto de Tecnologías en salud No incluidos en el Plan de Beneficios en autorizados a través del aplicativo MIPRES u ordenados por fallos de tutela numerado consecutivamente por cada paciente.</p>		Verificar paquetes de cuentas

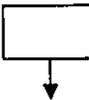
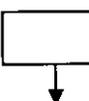
 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 23 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>2. Cuenta de cobro debidamente diligenciada por cada radicación, indicando el monto que se pretende cobrar, la identificación completa de la entidad, y el objeto de la misma indicando el beneficiario, su identificación y las Tecnologías en salud No incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>3. Numero de Prescripción de MIPRES copia del fallo de Tutela.</p> <p>4. Copia de la factura de venta o documento equivalente.</p> <p>5. Archivos planos según la estructura del anexo técnico de la resolución 5393 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>6. Listado de verificación en medio magnético.</p> <p>7. Planilla de liquidación, pago de Seguridad Social y aporte Parafiscales del mes en que se presenta el cobro y/o recobro o certificado emitido por el revisor fiscal o contador público del pago de Seguridad Social y aporte de parafiscales del mes en que se presta el servicio.</p> <p>8. Formatos de solicitud de cada cobro y/o recobro establecido por el instituto departamental de salud de Norte de Santander</p> <p>Los formatos IDS-1 e IDS-2, deben ser diligenciados con letra arial N° 12, e impreso en hoja tamaño oficio.</p> <p>9. Acta de la Junta de Profesionales de la Salud. Para prescripciones a partir del 1 de Abril de 2019</p> <p>10. Consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante. Para prescripciones a partir del 1 de Abril de 2019.</p> <p>11. Formato de prescripción</p>		

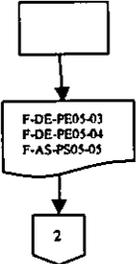
 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 24 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>generado por la herramienta MIPRES. Para prescripciones a partir del 1 de Abril de 2019</p> <p>Cotejar la información dentro de los 15 días hábiles siguientes a la radicación de las solicitudes de cobro y/o recobro.</p> <p>Registrar las observaciones de acuerdo a las inconsistencias evidenciadas tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inconsistencias en los Formatos establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander 2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro. 3. Ausencia del Numero de prescripción efectuada por el profesional de la salud en el aplicativo MIPRES 4. Ausencia del original de la factura en el cobro y la copia original de la factura de venta o documento equivalente en el recobro. 5. Ilegibilidad de los soportes del cobro y/o recobro. 6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad que cobra y/o recobra. 7. Ausencia de certificado de pago expedida por el contador y/o revisor fiscal, de la IPS que recibió el pago, por parte de la EPS, para el caso del recobro. 8. Ausencia del Acta de la Junta de Profesionales de la Salud. Para prescripciones a partir del 1 de Abril de 2019. 10. Ausencia del Consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante. Para prescripciones a partir del 1 de 		

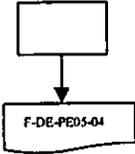
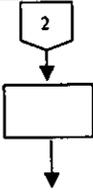
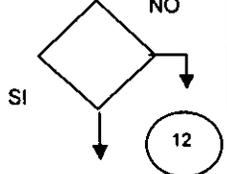
 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 25 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		<p>Abril de 2019.</p> <p>11. Ausencia de Formato de prescripción generado por la herramienta MIPRES. Para prescripciones a partir del 1 de Abril de 2019</p> <p>Generar el Informe del estado de cada una de las Facturas e informar a la Entidad recobrante a más tardar dentro de las 48 horas siguientes hábiles a la finalización de la etapa de pre auditoria, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación cuando a ello hubiera lugar. F-DE-PE05-03 Comunicación Externa</p> <p>Asignar Auditor en el Software de las facturas preauditadas que cumplieron los requisitos y entregar el físico de las facturas con el correspondiente informe generado. F-AS-PS05-12 formato de entrega de cuentas auditadas</p> <p>Entregar relación al Profesional de Sistemas de las facturas devueltas a la Entidad recobrante para su respectiva anulación.</p>		
7	Profesional Universitario de Sistemas	<p>De acuerdo a la relación entregada por el Pre auditor:</p> <p>Anular en el software el número de radicación asignado a cada solicitud de</p> <p>Anular el número de radicación del formato resumen de radicación si es el caso.</p>		
8	Auditor Designado	<p>Verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los cobros y/o recobros utilizando para ello el proceso de auditoría integral conforme al Manual de Auditoría para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud adoptado por la Institución.</p>		<p>Verificar Manual de auditoría para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud</p>

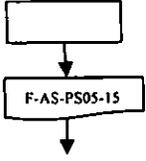
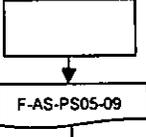
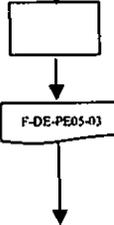
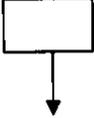
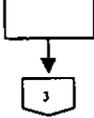
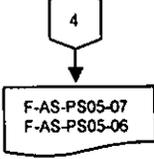
	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 26 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
9	Auditor Designado	<p>Llevar a cabo la etapa de Auditoría integral e informar de su resultado a la entidad que realiza cobros y/o recobros por atenciones No Pos, dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobros y/o recobros</p> <p>Emitir el informe de la auditoría integral, de acuerdo a los siguientes resultados:</p> <p>Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:</p> <p>-Aprobado total: Cuando todos los ítems del recobro cumplen con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.</p> <p>-Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.</p> <p>-Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.</p> <p>No aprobado: Cuando todos los ítems del cobro y/o recobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.</p> <p>Entregar el informe detallado del estado de cada solicitud de cobro y recobro en medio físico y magnético y el oficio de notificación a la Entidad que realiza el cobro y el recobro a la Técnico Administrativa de Apoyo asignada.</p>		Verificar certificaciones

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECIBOS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 27 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
10	Técnico de Apoyo	<p>Notificar al representante legal de la entidad que realiza el cobro y/o recobro, a la dirección electrónica registrada por dicha entidad y al domicilio informado por la misma, dentro de los tres (3) días calendario siguiente al cierre efectivo del proceso de verificación. F-DE-PE05-03 Comunicación Externa.</p> <p>Conservar copia de la constancia de envío y anexar el medio magnético con el detalle del estado de cada solicitud de cobro y/o recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría</p>		Verificar envió
11	Profesional de apoyo área financiera	<p>Revisar y organizar las facturas sin glosa, con glosas parciales y totales; en el caso de las facturas con glosa parcial, se debe gestionar con recursos físicos para la autorización de las fotocopias. Este proceso puede demorar entre dos a cinco días, dependiendo del volumen y la autorización o disponibilidad del recurso tecnológico (fotocopiadora).</p> <p>Elaborar Comunicación Interna relacionando las facturas y adjuntar los respectivos soportes para la respectiva viabilidad de pago por el área de Contabilidad. F-DE-PE05-04 Comunicación Interna. (2 días)</p>		
12	Profesional de apoyo área financiera	Realiza el cruce entre lo entregado y avalado por área de contabilidad, y presenta al Director para aprobación de facturación a cancelar de acuerdo a los recursos financieros disponibles		
	NA	La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los cobros y recibos realizados dentro de los dos (2) meses siguiente al recibido de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada a uno de los ítems de los cobros y recibos. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro y		

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 28 de 39

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	PUNTO DE CONTROL
		recobro deberán sustentar radicar por única vez la totalidad de las objeciones.		
12	Técnico Administrativo	Recepcionar la respuesta dada por la Entidad Recobrante a las glosas, relacionarlas en el formato F-AS-PS05-15 y entregarlas al auditor correspondiente (2 días hábiles)		Verificar formato de control entrega
13	Auditor Designado	Verificar la objeción presentada por la Entidad recobrante y levantar o ratificar las glosas parciales. (30 días hábiles) F-AS-PS05-09, ratificación		Verificar software
14	Auditor Designado	Notificar a Entidad Recobrante, la ratificación o levantamiento de las Objeciones. F-DE-PE05-03. Comunicación Externa. Entrega informe general y la notificación realizada a la Entidad Recobrante a la Profesional de apoyo área financiera para su consolidación.		Certificación Glosa definitiva
15	Profesional de apoyo área financiera	Elaborar Comunicación Interna relacionando las facturas y adjuntar los respectivos soportes para la respectiva viabilidad de pago por el área de Contabilidad. F-DE-PE05-04 Comunicación Interna. (2 días)		
16	Auditor Designado	Programar con la líder de financiera, un jurídico de PSS y la EPS-S auditada un proceso conciliatorio previo		Acta de resolución de glosas
17	Auditor Designado	Emite informe general al área financiera de la oficina para su consolidación de resultados de la conciliación. F-AS-PS05-07, Acta de glosa F-AS-PS05-06, Certificación de glosa definitiva		
18	Auditor de cuentas médicas	Entrega el acta de conciliación de glosas junto con la relación de las facturas conciliada en medio físico y medio magnético y la certificación de glosa definitiva		
19	Profesional de apoyo área financiera	Réibir y archivar los formatos en los expedientes correspondientes		Verificar archivo
				

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 29 de 39

5. REGISTROS

	Código	Nombre
Indicadores	F-AS-PS05-01	Reporte de Indicadores
Cuenta medicas	F-AS-PS05-05	Certificación Objeción Parcial Por Auditor
	F-AS-PS05-06	Certificación Glosa Definitiva por Auditor
	F-AS-PS05-07	Acta de Glosa
	F-AS-PS05-08	Certificación facturación a supervisores
	F-AS-PS05-09	Ratificación (respuesta Entidad)
	F-AS-PS05-10	Ratificación (No Respuesta Entidad)
	F-AS-PS05-11	Formato entrega de facturación a técnicos
	F-AS-PS05-12	Formato entrega de facturación a auditores
	F-AS-PS05-13	Formato entrega de cuentas Auditadas
	F-AS-PS05-14	Formato entrega Respuesta y Ratificación de Glosas a Técnico
	F-AS-PS05-15	Formato entrega Respuesta y Ratificación de Glosas
	F-DE-PE05-03	Comunicación externa
	F-DE-PE05-04	Comunicación interna
	Recobros	F-AS-PS05-05
F-AS-PS05-06		Certificación Glosa Definitiva por Auditor
F-AS-PS05-07		Acta de Glosa
F-AS-PS05-09		Ratificación (respuesta Entidad)
F-AS-PS05-13		Formato entrega de cuentas Auditadas
F-AS-PS05-15		Formato entrega Respuesta y Ratificación de Glosas
F-DE-PE05-03		Comunicación externa
F-DE-PE05-04		Comunicación interna

6. MANUAL DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES

Criterios de Devolución

La objeción 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 y/o número de documento de identificación del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.

3002 El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción

La objeción 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 fallecido en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 30 de 39

3102 El usuario se encuentra fallecido para la prestación de servicios, evidenciado en acta de defunción suministrado por los familiares.

La objeción 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 facturada 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 y agentes y gases anestésicos recobrados/cobrados 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/cobrados 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.

3205 La tecnología en salud facturada se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.

3206 Los insumos, materiales o dispositivos médicos y agentes y gases anestésicos recobrados/cobrados 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.

3207 Una o más de las tecnologías que componen o complementan la tecnología principal están cubiertas por el Plan de Beneficios para la fecha de prestación del servicio

La objeción 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/cobrada 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/cobrada.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 31 de 39

3505 La tecnología en salud recobrada/cobrada 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/cobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.

3511 El número de prescripción de la tecnología recobrada/cobrada 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 anexó, y no se aportó otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial

3514 No se aportó la certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible.

3515 El fallo de tutela no registra el nombre o identificación del usuario

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

3517 No anexa formato de verificación de recobro y cobro 02 (R Y C 02) para tutelas.

La objeción 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 que realiza el recobro/cobro no aporta el documento como soporte de entrega y recibido de la tecnología en el formato diseñado por el ente territorial que esta adjunto en el presente manual.

3602 La entidad que realiza el recobro/cobro aporta un documento como soporte de entrega de la tecnología que se encuentra incompleto (no evidencia la firma, el número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido, la firma con número de identificación de quien entrega la tecnología y el número de entregas y total a entregar) en el formato diseñado por el ente territorial que está contenido en los anexos del presente manual de auditoria

3603 La entidad que realiza el recobro/cobro no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.

3604 La entidad que realiza el recobro/cobro no aporta copia de la epicrisis, resultados de exámenes de laboratorio, informe quirúrgico, imágenes diagnósticas,

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 32 de 39

notas de enfermería o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología cobrada.

3605 La evidencia de entrega no es legible y/o presenta tachones, borrones o enmendaduras.

3606 La entidad que realiza el recobro/cobro 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.

3607 La entidad que realiza el recobro/cobro no aporta registro de aplicación de la tecnología de uso intravitreo, intramuscular, subcutáneo, intradérmico, intra articular.

3608 La entidad que realiza el recobro/cobro aporta un soporte que no evidencia la cantidad de la tecnología entregada, número de entrega y total de entregas realizadas al usuario.

3609 La entidad que realiza el recobro/cobro no entrega la tecnología cobrada evidenciada por auditoria de trabajo social realizada al domicilio de usuario y soportada en acta de visita.

3610 La entidad que realiza el recobro/cobro entrega extemporáneamente la tecnología por lo que no fue garantizado el suministro en el tiempo estipulado para ello.

3611 El diligenciamiento del formato de verificación de recobro/cobro (R Y C 01 Y R Y C 02) son inconsistente con relación a los soportes.

3612 La entidad recobrante realiza entrega de tecnología que no fue ordenada en formato de prescripción, junta de profesionales y/o fallo de tutela

La objeción 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 que realiza el recobro/cobro no aporta factura (electrónica y/o física o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada

3702 La factura de venta o documento equivalente no es legible y/o presenta enmendadura

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

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 33 de 39

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 la tecnología NO POS 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 que realiza el recobro/cobro no anexa la copia de la declaración de importación

3708 La entidad que realiza el recobro/cobro no anexa la copia de la declaración andina de valor

3709 La entidad que realiza el recobro/cobro 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/cobrada, 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, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 de la resolución 4331/12.

3714 La factura de venta o documento equivalente no registra código CUM y ATC de la tecnología no pos según lo establecido en el artículo 4 de la resolución 4331/12

La objeción identificada con CÓDIGO (38) y DESCRIPCIÓN "El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada/cobrada no corresponde al 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

FALLOS DE TUTELA

3801 El fallo no otorga de manera expresa recobro/cobro al ente territorial o quien haga sus veces, por prestaciones económicas

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 34 de 39

3802 El fallo de tutela a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional no otorga de manera expresa recobro/cobro al ente territorial o quien haga sus veces

3803 El servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC es consecuencia de un accidente de tránsito y aún no se ha agotado la cobertura SOAT.

3804 El servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral.

3805 La tecnología recobrada/cobrada objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela, y tratándose de fallos de tutela integrales no se evidencia la justificación médica en el aplicativo MIPRES.

3806 El servicio o tecnología en salud recobrada/cobrada no fue prescrita en el aplicativo MIPRES, conforme lo establecido en la Resolución 3951 de 2016

La objeción 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

3901 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada dos veces en el mismo paquete. Se anulan los recobro/cobros radicados No. () administrativa

3902 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado, o periodo diferente No. ()

3903 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido pagada con anterioridad por la entidad territorial o quien haga sus veces, en el recobro/cobro No.() correspondiente al paquete () administrativa

La objeción 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

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 35 de 39

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 objeción 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/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/cobrante, ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada

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

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, no corresponde con el registrado en la prescripción médica

La objeción identificada con CÓDIGO (42) y DESCRIPCIÓN "El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado/cobrado" 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/cobrado 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

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 36 de 39

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/cobradas se glosan dado que están incluidas en el Plan de beneficios.

4204 El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado/cobrado 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/cobrada, 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/cobrado 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/cobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia

4208 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.

4209 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.

4210 La entidad recobrante/cobrante no realiza descuento del medicamento que reemplaza o sustituye a la tecnología en salud no incluida en el Plan de beneficios con cargo a la UPC.

4211 La entidad recobrante/cobrante no realiza descuento de la cuota de recuperación cuando aplique. Decreto 780/15.

4212 La entidad recobrante/cobrante aplica a la tecnología en salud impuesto agregado "IVA" por tanto no es facturable de acuerdo a lo prescrito por el artículo 48 de la constitución política que consigna expresamente que no se podrá destinar ni utilizar los recursos del sistema de seguridad social para fines distinto a ellos y artículo 476 numeral 1 estatuto tributario.

4213 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad efectivamente suministrada al usuario, se glosa la diferencia.

4214 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad prescrita al usuario, dado que lo suministrado y facturado excede dicha cantidad, se glosa la diferencia

4215 La entidad recobrante/cobrante realiza descuento del medicamento similar del plan de beneficio de salud no acorde a lo referenciado por lo que se glosa diferencia.

La objeción identificada con CÓDIGO (43) y DESCRIPCIÓN "No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada y/o cobrada 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

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 37 de 39

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/cobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.

4302 El número de prescripción de la tecnología recobrada/cobrada 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 pretrasplante de donantes no efectivos, ni es una prescripción derivada de transcripción 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 legible

4309 El acta de los profesionales de la salud no contiene uno o más de los requisitos mínimos establecidos en el artículo 11 de la Resolución 532 de 2017 el cual modificó el artículo 25 de la Resolución 3951 de 2016.

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

4311 La tecnología recobrada/cobrada corresponde a un medicamento del listado UNIRS, y Sociedades Científicas y la entidad cobrante 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/cobrada 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 objeción 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.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01
		Página 38 de 39

4401 La entidad que realiza el recobro/cobro 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.

7. ANEXOS:

IDS-1 FORMATO DE SOLICITUD DE RECOBRO/COBRO POR CONCEPTO DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO INCLUIDAS EN EL PBS

FORMATO DE SOLICITUD DE RECOBRO/COBRO POR CONCEPTO DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO INCLUIDAS EN EL PBS (IDS-1)												
1. Datos del cobro. No de consecutivo del cobro/recobro: _____ Fecha Radicación Factura ante la EPS: _____ 2. Datos de las entidades. a. Datos de la EAPB Código SNS: _____ Razón social: _____ Datos de la IPS Código de habilitación: _____ Razón social: _____ NIT: _____ Email Entidad: _____					3. Datos del afiliado Tipo Doc: _____ Número del doc.: _____ Primer apellido: _____ Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Nombre: _____ 4. Datos proveedor NIT: _____ Razón social: _____ Dirección: _____ Telefono: _____							
5. Detalles del Cobro /Recobro												
Item	No. Mipres	Fecha Mipres	Fecha solicitud de la tecnología	Fecha Prestación Servicio	No. Factura	No. Reporte de entrega	Dx CIE-10	Código Cup, Cums, Mipres	Nombre medicamento, servicio prestado	Tipo Tecnología	Cantidad	Valor Unitario
1 de 3												
6. Datos del medicamento, procedimiento, y/o prestaciones no PBS.												
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia de Uso	Días autorizados	Cantidad cobrada	Valor unitario	Valor total	Homologo o comparador Incluida en el PBS	cantidad	Valor unitario	Valor total	
7. Cuota de recuperación Puntaje del SISBEN: _____ Valor cuota de recuperación: _____ 8. Valor total del cobro/recobro Valor total Cobro / Recobro: _____												

IDS-2 FORMATO DE SOLICITUD DE RECOBRO/COBRO POR CONCEPTO DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO INCLUIDAS EN EL PBS.

FORMATO DE SOLICITUD DE RECOBRO/COBRO POR CONCEPTO DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO INCLUIDAS EN EL PBS (IDS-2)												
1. Datos del cobro. No de consecutivo del cobro/recobro: _____ Fecha Radicación Factura ante la EPS: _____ 2. Datos de las entidades. a. Datos de la EAPB Código SNS: _____ Razón social: _____ Datos de la IPS Código de habilitación: _____ Razón social: _____ NIT: _____ Email Entidad: _____					3. Datos del afiliado Tipo Doc: _____ Número del doc.: _____ Primer apellido: _____ Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Nombre: _____ 4. Datos proveedor NIT: _____ Razón social: _____ Dirección: _____ Telefono: _____							
5. Detalles del Cobro /Recobro												
Item	No. Fallo	Fecha fallo	Autoridad Judicial	Fecha Prestación Servicio	No. Factura	No. Reporte de entrega	Dx CIE-10	Código Cup, Cums, Mipres	Nombre medicamento, servicio prestado	Tipo Tecnología	Cantidad	Valor Unitario
1 de 3												
6. Datos del medicamento, procedimiento, y/o prestaciones no PBS.												
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia de Uso	Días autorizados	Cantidad cobrada	Valor unitario	Valor total	Homologo o comparador Incluida en el PBS	cantidad	Valor unitario	Valor total	
7. Cuota de recuperación Puntaje del SISBEN: _____ Valor cuota de recuperación: _____ 8. Valor total del cobro/recobro Valor total Cobro / Recobro: _____												

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: M-AS-PS05-11
	MANUAL DE AUDITORIA COBROS Y RECOBROS POR TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	Fecha Aprobación: 26/12/2017
		Versión: 01 Página 39 de 39



FORMATO DE SOLICITUD DE RECOBRO/COBRO POR CONCEPTO DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS NO INCLUIDAS EN EL PBS (IDS-3)

No. CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE

Fecha Radicación _____ No. Radicado _____

I. CERTIFICACIÓN

Los suscritos firmantes abajo, representante legal y/o apoderado, revisor fiscal y/o contador publicado declaran bajo la gravedad de juramento:

- 1) Que toda la información contenida en estos cobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el instituto departamental de salud del Norte de Santander- IDS, por la superintendencia nacional de salud, o la contraloría general de la Republica; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

Causa cobro / Recobro

05 Tutelas por otras causas

06 Medicamentos No PBS - MIPRES

Item	No. Factura	Fecha Radicación	Valor Factura

Nº Total de folios _____

II. DECLARACION DE LA ENTIDAD

- 2) Que los cobros incluidos en esta radicación, no han sido presentados con anterioridad, y que no han recibido pago alguno por la suma recobrada.
- 3) En cumplimiento del marco legal vigente, si dentro del término establecido no se completan o actualizan los documentos DESISTO del trámite y autorizo el descuento automático del 50% del valor liquidado y pagado por los cobros con APROBACIÓN CONDICION de futuros pagos por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de Salud no PBS y Tutelas.
- 4) La información del medio magnético correspondiente al Anexo 1 es la siguiente:
- Nombre Archivo
 - Tamaño del Archivo
 - Serial del medio magnético enviado

Nombre de quien firma:

Firma del Representante legal o apoderado

Revisor fiscal y/o contador

8. HISTORIAL

Versión No.	Motivo del cambio	Fecha
01	Creación Documento para el SGC	28/02/2019