



3633

 <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 N° <u>005333</u> 26 DIC 2017</p>	<p>Página 1 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

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 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; tiene como objetivo primordial dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio del Departamento Norte de Santander, y cumple entre otras la función 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 según la Ley 715 de 2001 le corresponde al Departamento en sus competencias lo siguiente: "Artículo 43. competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad".

Que en el citado artículo 43 en su numeral 43.2.1, igualmente establece como competencia de los Departamentos, en lo referente a la prestación de servicios de salud, la relacionada con "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"; y en su numeral 43.2.2 dispone que el Departamento debe: "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 en los términos del 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 mediante la Resolución N° 1479 de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los procedimientos para el cobro y pago por parte de las entidades territoriales Departamentales y distritales a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud -POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnicos Científicos - CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

Que, con fundamento en la citada Resolución N° 1479 de 2015, se dispone que los Departamentos deberán establecer, mediante Acto Administrativo, un procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con el mecanismo adoptado, que indique los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar en el que tales solicitudes deben ser presentadas, los términos que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría correspondiente y los demás elementos necesarios que le permitan establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías cobrados.

Que, El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, previo análisis de la situación de salud del territorio, sus capacidades técnicas, operativas y financieras, adopto el modelo dos que Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, por medio de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de Junio de 2015, definido en el Capítulo II del título II de la Resolución 1479 de 2015, siguiendo las reglas



 <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 N° 005333 26 DIC 2017</p>	<p>Página 2 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

establecidas para este y garantizando el acceso y la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento Norte de Santander.

Que los Artículos 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, y 25 de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de Junio de 2015, definen los contenidos, términos y procedimientos para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, suministrados a los afiliados del régimen Subsidiado.

Que, se hace necesario modificar los artículos anteriormente descritos, de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de Junio de 2015, expedida por El Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander, a fin de optimizar los procedimientos de cobro, recobros, verificación y control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud - POS que se suministran a los afiliados al Régimen Subsidiado de salud, de tal forma que se agilice el flujo de recursos por parte de esta Entidad territorial, a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos que brindan estos servicios y tecnologías.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°: Modificar el artículo 2° de la Resolución N° 2266 de 2015, El cual quedara así:

"Artículo 2° Ámbito de Aplicación: La presente Resolución 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 y aun cuando estas IPS se encuentran en otros Departamentos siempre y cuando correspondan a la red prestadora de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario.

Artículo 2°: Adicionar un párrafo al Artículo 3° de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedara así:

"Artículo 3° Modelo Adoptado El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, previo análisis de la situación de salud del territorio, sus capacidades técnicas, operativas y financieras, adopta mediante el presente Acto Administrativo, el modelo que Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, definido en el Capítulo II del título 11 de la Resolución 1479 de 2015, siguiendo las reglas establecidas para este y garantizando el acceso y la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento Norte de Santander.

Paragrafo: el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, se reserva la posibilidad de establecer un modelo mixto, en el cual primara lo establecido en el modelo II, pero con la posibilidad de establecer contrato directo para el suministro de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios y en particular en lo referente a la atención de usuarios con patologías Huerfanas y/o de Alto Costo.



Artículo 3: Modificar el Artículo 4° de la Resolución N° 2266 de 2015, El cual quedara así:

"Artículo 4° Financiación de la atención de los servicios y tecnologías de salud no incluidos en el plan de beneficios prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado: Los Servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el POS, provistos a usuarios del Régimen Subsidiado, se financiarán por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones - Sector Salud - Prestación de Servicios de Salud a la Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, recursos que se transfieren por regalías generales de la nación y/o reparto de excedentes del FOSYGA y los demás recursos del Departamento que se destinen al pago de servicios de salud sin cobertura en el POS.

Artículo 4: Modificar el Artículo 7° de la Resolución N° 2266 de 2015, El cual quedara así:

"Artículo 7° Presentación de las solicitudes de cobro y/o recobro: Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud presentarán ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la resolución 1479 de 2015, así como aquellos requeridos por esta entidad en la presente resolución donde se establece el procedimiento de verificación y control.



 <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 N° <u>005333</u> <u>26 DIC 2017</u></p>	<p>Página 3 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

Para el caso de los cobros por servicios NO POS la factura de servicios o documento equivalente se presentará a la entidad Territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al Prestador de Servicios de Salud y deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 16 de la resolución 5395 de 2013, con excepción de lo previsto en el numeral 6.

Para el caso de los Recobros por servicios NO POS Las Administradoras de Planes de Beneficios de presentaran certificado de pago expedida por el contador y/o revisor fiscal, de la IPS que recibió el pago, por parte de la EPS, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 5395 DE 2013, para el caso del recobro

Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control de que trata la presente resolución, serán pagados directamente por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander al Prestador de Servicios de Salud que los haya suministrado.

Artículo 5: modificar el Artículo 8° de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedara así:

"Artículo 8° Requisitos generales para la verificación y control de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS: De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015, el proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.
2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.
3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Tecno-Científico u ordenado por autoridad judicial.
5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto. (en el caso de los Cobros)
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, a tecnología y las fechas.
8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura (para el caso de los cobros factura original y en recobros copia original) o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la presente resolución y demás normas vigentes.



El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander adoptará su propio manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables en los procedimientos que integran el proceso de verificación y control consagrado en el presente acto administrativo, el cual será socializado y publicado en la página web de la entidad.

Artículo 6: adicionar un numeral al Artículo 9° de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedara así:

"Artículo 9° Requisitos para las entidades que realizan cobros y /o recobros por atenciones No Pos. Para efectos de presentar las solicitudes de cobro, las entidades que realizan cobros y/o recobros deberán radicar ante el Instituto Departamental de Salud de los siguientes documentos (Por una única vez):

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá alegarse nuevo certificado que así lo informe.



 <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>RESOLUCIÓN N° <u>005333</u> 28 DIC 2017</p>	<p>Página 4 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderada. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de copagos aplicables a sus afiliados.

Dicho plan deberá actualizarse conforme a lo señalado en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la norma que lo modifique, adicione o sustituya y remitirse dentro de los quince (15) días siguientes a su función o modificación anual.

4. Manual tarifario pactado por la EAPB con cada uno de sus prestadores para la vigencia.

Artículo 7: adicionar un párrafo al Artículo 10° de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedara así:

Artículo 10° Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:

- A. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el pos a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

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

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

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

Parágrafo 1°: Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, 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 EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo 2°. La diferencia no cubierta por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza o sustituya, o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.



Parágrafo 3°. EL Instituto Departamental de Salud, se reserva el derecho de establecer un manual tarifario propio para insumos y medicamentos NO POS, acordes con un estudio de precios del mercado local, el cual será el tope máximo a pagar.

Artículo 8. Adicionar un numeral al Artículo 11° de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedara así:

Artículo 11° Requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros. Las entidades recobrantes deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cada recobro (formato MYT) implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 5395 de 2013, por concepto de Tecnologías en salud No



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander <small>Instituto Departamental de Salud</small></p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION N° <u>005333</u> <u>26 DIC 2017</u></p>	<p>Página 5 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

incluidos en el Plan Obligatorio de Salud autorizados por el Comité Técnico Científico –CTC u ordenados por fallos de tutela numerado consecutivamente por cada paciente.

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 autorizados por el Comité Técnico Científico –CTC u ordenados por fallos de tutela.
3. Copia del Acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o copia del fallo de Tutela.
4. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Archivos planos formato MYT según la estructura del anexo técnico de la resolución 5393 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social, validado por la malla dispuesta por el FOSYGA.
6. Listado de verificación en medio magnético.
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.
8. Formato de solicitud de cada cobro y/o recobro (Formato MYT).
9. **EL proveedor podrá participar en la elaboración y/o corrección del formato MYT cuando así fuere el caso para los cobros por prestación de servicios NO incluidos En el Plan de Beneficios en Salud, tanto en físico como en medio magnético.**
10. **Los formatos MYT Y MYT-R, deben ser diligenciados con letra arial N° 9, e impreso en hoja tamaño oficio.**

Artículo 9. modificar el Artículo 12° de la Resolución N° 2266 de 2015, el cual quedara así:

"Artículo 12. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de cobro originados en actas de Comité Técnico Científico -CTC y Fallo de Tutela:

Se adopta de manera definitiva y total, los artículos 14, 15 Y 16, de la Resolución 5395 de 2013, para la verificación y aprobación de los documentos e información específica de las solicitudes de cobro.



Los soportes del Cobro de Tecnologías no Incluidas en el Plan de Beneficios en Salud deberán allegarse en original.

Artículo 10. modificar el numeral 1° del Artículo 14. de la Resolución N° 2266 de 2015, el cual quedara así:

"Artículo 14° 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 el registro de la información correspondiente a cada solicitud de cobro y/o recobro, por la respectiva entidad que realiza las atenciones No Pos, vía correo electrónico auditoriapssids@gmail.com o de manera presencial ante el funcionario del Grupo de Prestación Servicios que se designe para el efecto. 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 informados de la siguiente manera: por correo electrónico, 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 radicará por cada entidad y se validará en estricto orden de llegada, con el funcionario designado por la EAPB para dicho proceso.



 <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 N° <u>005333</u> 26 DIC 2017</p>	<p>Página 6 de 11</p>

*Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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:
 - 2.1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
 - 2.2. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
 - 2.3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).
 - 2.4. Código Único de Medicamentos (CUM).
 - 2.5. Registro Único de Víctimas (RUV).
 - 2.6. Código Únicos del Prestador del Servicio (CUPS)
 - 2.7. Codigos Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)
3. **Resultado de la Validación: Resultado de la Validación:** La validación de la información registrada por la entidad recobrante en el sistema, deberá coincidir con el:
 - El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada recobro.
 - El formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico- Científico (CTC) 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 Contador Público de la entidad recobrante.
4. **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.
5. **El no ingreso del cobro y/o recobro a la etapa de radicación:** Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes, se devuelve la información magnética y física y se debe radicar el mes siguiente, así mismo se debe ajustar los valores reales de:



Para dar a conocer los valores reales a radicar dependiendo del estado de errores emitidos por el responsable del procedimiento.

Artículo 11. modificar el Artículo 15 de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedará así:

Artículo 15°. Etapa de Radicación: 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 MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso y/o magnético. Cuando la entidad recobrante no aporte el formato de solicitud (Formato MYT) y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R); el formato MYT-R 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 periodo 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.

1. 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.
2. En caso de 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.
3. La radicación de la facturación se deberá realizar de acuerdo a la circular 601 de fecha 29 de diciembre de 2017, expedida 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>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 N° <u>005333</u> 26 DIC 2017</p>	<p>Página 7 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

NOTA: las facturas que se encuentren con gancho metálico, no serán objeto de radicación. (dar aplicación a la Ley de archivo. Y así mismo se deberá dar aplicación a lo establecido en el manual de auditoría, adoptado por el Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander.

Artículo 12. modificar el Artículo 16 de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedará así:

"Artículo 16. Etapa de Pre - Auditoría 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.

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 el soporte documental con la información suministrada por la entidad que presenta el cobro y/o recobro. Se tendrán por no presentadas las solicitudes que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. **Inconsistencias en el Formato MYT, respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT-R).**
2. **Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.**
3. **Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o del fallo de tutela, según sea el caso.**
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, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 5395 DE 2013, para el caso del recobro**

En estos casos el Instituto Departamental de Salud, procederá a:



8. **Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro (Formato MYT).**
9. **Anular el número de radicación del formato resumen de radicación (Formato MYT-R), si es del caso.**
10. **Informar a la entidad recobrante, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes hábiles a la finalización de la etapa de pre-auditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.**

PARÁGRAFO. para presentar ante la entidad territorial, una solicitud radicada oportunamente y es objeto de anulación en la etapa de pre-auditoría, la entidad que efectúa el cobro y/o recobro podrá presentarla por una única vez en el periodo de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre la entrega de la documentación, evento en el cual se entenderá radicado en términos.

En todo caso, la entidad que efectúa el cobro y/o recobro deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

Para lo anterior se deberá dar 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 tres (3) años.



 <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 N° <u>005333</u> 26 DIC 2017</p>	<p>Página 8 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".



Artículo 13. modificar el Artículo 17. de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de junio de 2015. El cual quedará así:

"Artículo 17. Etapa de Auditoría Integral: El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros. El cual quedara del siguiente tenor: recobros.

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 utilizando para ello el proceso de auditoría integral conforme al manual de auditoría que se adopte para el efecto, de lo cual se informará en su momento a través de la página web institucional.
2. **Resultado del Proceso de Auditoría Integral:** El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro será:
 - 2.1. **Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:
 - 2.1.1. **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.
 - 2.1.2. **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.
 - 2.1.3. **Aprobado parcial:** Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.
 - 2.2. **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.
3. **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 tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. Se conservará copia de la constancia de envío. A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de cobro y/o recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría.
4. **Contenido de la Comunicación.** La comunicación deberá contener la siguiente información:
 - 4.1. Fecha de expedición de la comunicación.
 - 4.2. Número de radicación de cada cobro y/o recobro.
 - 4.3. Resultado de la auditoría integral por cobro y/o recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
 - 4.4. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del cobro y/o recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
 - 4.5. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
 - 4.6. 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.
5. **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



 <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 N° <u>005333</u> 26 DIC 2017</p>	<p>Página 9 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

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.

6. **Respuesta a la Objeción Presentada por la Entidad que Presente el Cobro y/o recobro:** El funcionario de la Oficina de Prestación de Servicios de Salud, del Instituto Departamental de Salud designado para el caso, dentro de los 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.

El correo institucional del IDS para realizar las notificaciones es auditoriapssids@gmail.com

Artículo 14. Modificar el Artículo 18 de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedará así:

"Artículo 18°. Término para la presentación de las solicitudes de cobro y/o recobro. Las entidades que realizan Cobros y/o recobros por atenciones No Pos deberán adelantar las etapas de pre-radicación, radicación, pre auditoría y auditoría integral de las 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 tres (3).

Artículo 15. Modificar el Artículo 19 de la Resolución N° 2266 de fecha 26 de diciembre de 2015. El cual quedará así:

"Artículo 19. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de cobro. Las entidades que realizan Cobros y Recobros por atenciones No Pos deberán presentar por única vez las solicitudes de cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Parágrafo 1. Si el último día habilitado para la radicación de los cobros y/o recobros es un día no hábil esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado.

Parágrafo 2. Se devera dar 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 tres (3) años.

Artículo 16. Modificar el Artículo 22 de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedará así:

"Artículo 22. Monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO POS. El monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. **Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, autorizados por el Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Quando para el medicamento NO POS objeto de cobro y/o recobro se haya establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

Para el cálculo del monto del comparador se empleará la siguiente fórmula:



Valor Calculado = P * Q, en donde:

P: Monto base del comparador administrativo (por unidad mínima de concentración: g/mg/mcg/U.I., según corresponda).

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.
Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401. Email - director@ids.gov.co
www.ids.gov.co

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.
Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401. Email - director@ids.gov.co
www.ids.gov.co



 <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 N° <u>005333</u> 26 DIC 2017</p>	<p>Página 10 de 11</p>

"Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 215, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

Q: Cantidad total del principio activo del comparador administrativo (En unidad mínima de concentración: g/ mg/mcg/U.I., según corresponda) equivalente a la cantidad total de principio activo en el medicamento objeto de recobro en la indicación empleada.

Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

2. *Procedimientos de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.*

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

El IDS se reserva la posibilidad de establecer un manual tarifario propio para insumos y medicamentos No Incluidos en el Plan de Beneficios de Salud de acuerdo al estudio de precios del mercado local.

Procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, o por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el Comité Técnico Científico -CTC u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS.



Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Parágrafo 1. *Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.*



 <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 N° <u>005333</u></p>	<p>Página 11 de 11</p>

26 DIC 2017

Por medio de la cual se modifica y adiciona la Resolución N° 2266 del 22 de Junio 2015, por la cual se adoptó 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 de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Parágrafo 3. Cuando el valor solicitado de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud -POS, sea menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo, se debe entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no procederá la radicación del cobro y/o recobro.

Parágrafo 4. En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 17. Modificar el Artículo 25 de la Resolución N° 2266 de 2015. El cual quedará así:

"Artículo 25. Procedencia de giro a proveedores de tecnologías en salud NO POS. Las entidades que presentan los cobros y/o cobros autorizarán el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. EL Instituto Departamental de Salud podrá autorizar previa solicitud de las EPS, el pago de la obligación al proveedor para proceder luego como un recobro.
2. El instituto Departamental de Salud, girara los recursos de acuerdo a la disponibilidad de los mismos.
3. Se deberá dar cumplimiento a la circular 017 de septiembre 17 de 2015, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 18. Comunicación y Publicación: La presente Resolución será comunicada a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados en el Régimen Subsidiado en el Departamento Norte de Santander y será publicada en la Página web del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Artículo 18. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica y/o adiciona los artículos 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, Y 25 de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de junio de 2015 y mantiene vigente las demás disposiciones de la resolución 2266 de 2015, expedida por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

PÚBLIQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José de Cúcuta a los

26 DIC 2017

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
Director

Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander

Proyecto: Jorge Enrique Torrado Caballero-Abogado externo
Reviso: Jose Gregorio Arevalo Bulla- Abogado oficina PSS
Vo.Bo: Ernesto Sánchez Rodríguez-Coordinador de PSS



Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.
Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401. Email - director@ids.gov.co
www.ids.gov.co