
 <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° 005331</p>	<p>Página 1 de 2</p>

26 DIC 2017

"POR LA CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE AUDITORIA PARA EL PROCEDIMIENTO DE COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS 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 uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la Resolución 024 del 2 de abril 2012, 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 el artículo 43.2.1 de la Ley 715 de 2001 establece que es competencia de las entidades territoriales en el sector salud, 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.

Que en el citado artículo 43, de la Ley 715 de 2001 en su numeral 43.2.1, igualmente establece como competencia de los departamentos, en lo referente a 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 el Decreto 196 de 2013, señala que el componente de 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 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".

El artículo 2, numeral 2.2., del Decreto 196 de 2013, en virtud de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, entiende como servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, "aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico especialista 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". Las Entidades Promotoras de Salud son responsables de los contenidos y coberturas del Plan Obligatorio de Salud, para la población afiliada al Régimen Subsidiado, así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.

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, entendida como 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



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander</p> <p>Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION N° <u>005331</u></p>	<p>Página 2 de 2</p>

26 DIC 2017

"POR LA CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE AUDITORIA PARA EL PROCEDIMIENTO DE COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD, DE NORTE DE SANTANDER"

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 teniendo en cuenta que El Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander, decidió adoptar el Segundo modelo, a través de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de Junio de 2015, siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos en los capítulos I y II del título II de la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015 Expedida por Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el Paragrafo Unico del Artículo 8° de la Resolución N° 2266 de fecha 22 de Junio de 2015, establece lo siguiente: 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.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1° Adoptar el Manual de Auditoría Médica, para dar aplicación al proceso para el 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 Obligatorio de Salud -NO POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento, autorizados por los Comités Técnico Científicos CTC- de las EPS u ordenados mediante providencia de autoridad judicial, el cual hara parte como anexo al presente Acto Administrativo.

Artículo 2° Ámbito de aplicación. El presente Acto Administrativo 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° Vigencia. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y la misma será publicada en la Página web del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Dada en San José de Cúcuta a los

26 DIC 2017


PÚBLIQUESE, Y CÚMPLASE

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA

Director

Instituto Departamental de Salud, de Norte de Santander



 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 1 de 21

1. OBJETIVO

Establecer el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro y cobro ante el Instituto Departamental Norte de Santander está integrado por las etapas de preradicación, radicación, pre auditoría integral y auditoría integral, de conformidad con la Resolución 2266 de 2015 del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y protección Social. 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.

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.

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	01/11/2017	Fecha	27/11/2017	Fecha	

 <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 2 de 21

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.

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 5395 de 2013. Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía y se dictan otras disposiciones.

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 2266 de 2015. Por medio del cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POSS 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.


Resolución 5521 de 2015: Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Resolución 6408 de 2016: Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Acuerdo 260 de 2004. Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Circular 004 de 2012 CNPMSM: Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.

Circular 001 de 2016 CNPMD: por la cual se ajustó el ajuste por la variación del índice de precios al consumidor IPC para los precios regulados de los medicamentos en la Resolución 0718 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

	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 3 de 21

Circular 001 de 2017 CNPMD: por la cual se ajustó el ajuste por la variación del índice de precios al consumidor IPC para los precios regulados de los medicamentos de la Circular 001 de 2016 de la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos y se dictan otras disposiciones.

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

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

Sentencia C-510: 2004

Sentencia C-463: 2008

Sentencia T-760:2008

Sentencia T-160: 2014

3.2. DEFINICIONES


POS: Plan Obligatorio de Salud.

Documento De Afiliación En Salud: Puede ser Sisben, certificación o documento de población especial, constancia de población desplazada, constancia de población indígena.

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.

Formato MYT – R: Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico

 <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 4 de 21

Científico y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad recobrante.

Formato MYT– 01: Formato de presentación de solicitudes de recobro autorizadas por CTC.

Formato MYT – 02: Formato de presentación de solicitudes de recobro ordenadas por fallos de tutela.

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.

Medicamento no cubiertos por el plan de beneficios con cargo a la upc: Corresponde al medicamento no cubierto por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC3, objeto de recobro y para el cual se establece el comparador administrativo.

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.


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

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.

 <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 5 de 21

Comité Técnico Científico (CTC): Comité conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de su red y un (1) representante de los usuarios, cuya función es analizar las tecnologías en salud no incluidas en el POS ordenadas por los médicos tratantes a fin de aprobar o desaprobado la solicitud considerando lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.


Acta del Comité Técnico Científico (CTC): Formato definido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social en el cual, se registra la decisión justificada de aprobar o desaprobado el suministro de una tecnología en salud NO POS, suscrita por los miembros que integran el Comité y que participan en la sesión, foliada y con los soportes utilizados como base de la decisión. Las autorizaciones emitidas por los CTC a partir del 1º de mayo de 2014, se deben registrar en el formato adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. Las autorizaciones aprobadas por CTC antes del 1º de mayo de 2014, se validan en el formato diseñado e implementado por cada entidad recobrante. El Acta de CTC puede autorizar varias Tecnologías en Salud siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: i) correspondan a un mismo usuario, ii) esté aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, iii) correspondan a solicitudes del mismo médico tratante y iv) la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013 Título II.

Entidad recobrante: Entidad que garantiza el suministro de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, en virtud de una autorización del Comité Técnico Científico- CTC o de una orden de fallo de tutela y solicita ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, 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 POS.

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

 <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 6 de 21

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.

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 POS 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 y planes adicionales.

 <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 7 de 21

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.

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.

Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los toques presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos

 <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 8 de 21

de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

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.

	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 21


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: Se pauta 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 auditoriapsids@ids.gov.co del subgrupo de Prestación Servicios que se designe para el efecto. Los correos electrónicos con los archivos planos y en pdf el MYTR preliminar, se recibirán del 01 al día 15 calendario de cada mes en las horas hábiles. La validación se realizará dentro de las 48 horas siguientes al recibo de la información, se validará en estricto orden de llegada y lo no aceptado deberá ser radicado el mes siguiente.
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).
 - 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:
 - 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

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	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 10 de 21

(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:
 - 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.

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

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 MYT y MYT-R 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 (Formato MYT) y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R); si el formato MYT-R no contiene 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>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 11 de 21

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.


- La radicación se deberá realizar de acuerdo a la circular 601 de fecha 29 diciembre 2017 expedida por el Instituto departamental de salud una vez por mes de acuerdo a la cita asignada por el funcionario responsable en la entidad territorial.
- 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.
- Final: una vez verificados los requisitos anteriores el responsable procederá a generar el número del radicado según el software de la entidad territorial.

Nota: La numeración asignada para el radicado debe estar sellada(registrada) en cada una de los soportes de radicación (Formato MYT, MYT-R) 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 calendario 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

 <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 12 de 21

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:

- Inconsistencia en el Número de soportes mencionados en el Formato MYT y Formato MYT–R.
- Inconsistencias relacionadas con el nombre y documentos de identidad del usuario objeto del cobro y/o recobro.
- Inconsistencias en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro de acuerdo a lo establecido en la Resolución 5395 de 2013 artículo 13.
- Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o del fallo de tutela, según sea el caso.
- Ausencia del original de la factura en el cobro y la copia original de la factura de venta o documento equivalente en el recobro.
- Illegibilidad de los soportes del cobro y/o recobro.
- Incumplimiento de los documentos e información específica que menciona la Resolución 5395 de 2013 artículo 14.
- Ausencia de certificación expedida por el contador o quien haga sus veces de la empresa administradora de planes de beneficios donde conste el pago de la obligación para recobros.
- Incumplimiento de los documentos específicos exigidos para la presentación de solicitudes de recobro y/o cobros por fallo de tutela como lo menciona el artículo 15 de la Resolución 5395 de 2013.
- Incumplimiento de requisitos establecidos en el artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013.
- Incumplimiento de los requisitos generales mencionados en el Artículo 8 de la Resolución 5333 del año 2017, la cual modifica y adiciona la resolución 2266 de 2015 expedida por el instituto Departamental de Salud.

 <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 13 de 21


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 cobros 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 cobros.
2. Control de auditoria: 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 5333 de 2017 Artículo 6.
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:
 - 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 2266 de 2015 y Resolución 5333 de 2017 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,

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	ATENCION 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 14 de 21

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 POS existía y le asiste el derecho: para la fecha en que se suministró la tecnología en salud NO POS 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 deben corresponder a los registrados en la mencionada base.


Cuando el suministro de la tecnología en salud NO POS 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 POS: la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de recobro no se encontraba cubierta por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio.

Se entiende como fecha de prestación o de suministro de la tecnología NO POS, 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 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 POS se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

 <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 15 de 21

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 POS 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 POS.
- 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	Transplantes
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)


	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 16 de 21

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.

c. La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario: El cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante así:


TIPO DE RECOBRO	ÁMBITO DE ATENCIÓN	CRITERIO DE AUDITORÍA
Recobros derivados de autorizaciones de CTC	Ambulatorio	Orden o fórmula médica, en que se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante.
	Hospitalario	Orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica, en los que se evidencie: el nombre o tipo y número de identificación del suario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante que elabora los documentos.
Recobros derivados de ordenamientos de fallos de tutela expresos	Ambulatorio/Hospitalario	Copia del fallo de tutela en donde se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología.

	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 17 de 21

Recobros derivados de ordenamientos de fallos de tutela no expresos	Ambulatorio/Hospitalario	Copia del fallo de tutela y formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.
--	--------------------------	--

d. La tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante 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 DE RECOBRO	CRITERIO DE AUDITORIA
Autorizaciones de CTC	Formato de acta de CTC de cada entidad recobrante con los requisitos definidos en el Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013.
Ordenaciones de fallos de tutelas Integrales expresas	Copia del fallo de tutela o las providencias judiciales que se profieran en actuaciones tales como: incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Las mencionadas actuaciones deberán ser adjuntadas al fallo de tutela y su validez se determinará por la relación de causalidad con la ordenación de la tecnología en salud no POS recobrada por la entidad.
Ordenaciones de fallos de tutelas Integrales no expresas	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral diseñado por cada entidad recobrante.
	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.

 <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 18 de 21

e. La tecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario: la tecnología en salud 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, la Resolución 5395 de 2013, señala:

Cuando la tecnología NO POS 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.

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

- 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 POS 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 POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Cuando la tecnología NO POS 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 POS autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o

 <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 19 de 21

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 POS 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 o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS.
- Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.
- 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.

f. El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS 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 POS 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.

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,

 <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 20 de 21

detalle de facturas auditadas y reporte de glosas) con las facturas originales 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.

	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 21

6. 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	Certificación Objeción Parcial Por Auditor
	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

7. HISTORIAL

Versión No.	Motivo del cambio	Fecha
01	Creación Documento para el SGC	01/12/2017