
 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555 20 FEB. 2019</p>	<p>Página 1 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

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

CONSIDERANDO:

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

Que la Ley 715 de 2001 en el artículo 43, establece como 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.



Que la ley y artículo ibídem, establecen en los numerales que se enuncian a continuación, lo siguiente: “(...) 43.2.1, *Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.* 43.2.2: *Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental(...)*”.

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

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

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



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 2 de 17</p>

"POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

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

Que mediante 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 la citada Resolución N° 1479 de 2015 señala que el Departamento, analizará la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras y con base en estas, adoptará uno de los dos modelos establecidos en los Capítulos I y II del título II del citado acto, para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado o, de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos en el presente título, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

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, y modificada parcialmente por la Resolución 5333 de fecha 26 de diciembre de 2017:

Que el Parágrafo Único 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 mediante Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social "establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.



Que se hace necesario modificar las Resoluciones 2266 de 2015 y 5333 de 2017 expedidas por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander con el fin de ajustar el procedimiento para la verificación y control de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 2438 de 2018,

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. Adoptar el nuevo procedimiento para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 2438 de 2018.



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 3 de 17</p>

"POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

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 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 encuentra afiliado el usuario.

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, adopto 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 II 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento Norte de Santander.

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 de Salud y en especial y en particular en lo referente a la atención de usuarios con patologías huérfanas y/o de Alto Costo.

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 Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC, 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 de ADRES y los demás recursos de la Nación y el Departamento que se destinen al pago de servicios de salud sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud.



Artículo 5° Reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander adopta lo establecido en el título II de la resolución 2438 de 12 de junio de 2018, relacionado con el reporte de prescripción, junta de profesionales de la salud y suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios.

Parágrafo: El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, no reconocerá ningún servicio, insumo, actividad o tecnología, que no sea financiable con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

Artículo 6° Garantía del servicio. Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud deberán garantizarles el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud derivados de prescripciones a través de la herramienta tecnológica MIPRES u ordenados por Autoridad Judicial, a través de su red de prestadores de servicios de salud o proveedores.

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



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 4 de 17</p>

"POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

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.

Para el caso de los cobros por servicios No incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC la factura de servicios o documento equivalente se generará a nombre del Instituto Departamental de Salud se presentará a la entidad territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado; el Prestador de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos establecidos en el estatuto tributario.

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



Para el caso de los recobros por servicios de salud No incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC las administradoras de Planes de Beneficios presentaran certificado de pago expedido por el contador y/o revisor fiscal de la IPS que recibió el pago por parte de la EAPB.

Parágrafo. Para el caso de los cobros una vez radicada la facturación por parte de la IPS ante la respectiva EPS, se establece como termino máximo de tres (3) meses para la presentación de las mismas ante el Instituto Departamental de Salud, al no llevarse a cabo la radicación, la EPS deberá cancelar al prestador la Tecnología No incluida en el Plan de Beneficios y posteriormente presentar el respectivo recobro.

Artículo 8 Requisitos generales para la verificación y control de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC**, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.
3. El servicio o tecnología sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
4. El servicio o tecnología sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue autorizado por el aplicativo MIPRES y/o ordenado por autoridad judicial.
5. El servicio o tecnología sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue efectivamente suministrado al usuario.
6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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.



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 5 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

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.

Artículo 9° Requisitos para las entidades que realizan cobros y /o recobros por atenciones No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Para efectos de presentar las solicitudes, 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 allegarse nuevo certificado que así lo informe.
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 proveedores para la vigencia
5. Certificación bancaria actualizada
6. Registro Único Tributario RUT. Si se modifica deberá allegarse el mismo cada vez que sea actualizado.



Artículo 10°. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. 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 **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC**:

1. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC 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 Plan de Beneficios con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

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

2. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC** 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 **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC** del mismo



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 6 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

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 Plan de Beneficios con cargo a la UPC, 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 Plan de Beneficios con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza o sustituya, o al monto del comparador administrativo, será asumida por la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 3. El Instituto Departamental de Salud, podrá establecer un manual tarifario propio para insumos y medicamentos No incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, acordes con un estudio de precios del mercado local, el cual será el tope máximo a pagar.

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 IDS-1, IDS-2) implementado por el Instituto Departamental de Salud, por concepto de Tecnologías en salud No incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prescrito por el profesional de la salud a través del aplicativo MIPRES u ordenados por fallos de tutela numerado consecutivamente por cada paciente.
2. Formato resumen de la radicación establecido por la entidad territorial IDS-3, el cual contendrá para el caso de recobros: los datos de los valores y cantidades totales presentados en virtud de la prescripción realizada por el profesional a través del aplicativo MIPRES y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada por los diferentes Entes de Control. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el revisor fiscal en las entidades que estén obligadas, de la entidad recobrante con firmas originales (formato original).
3. El formato resumen de la radicación establecido por la entidad territorial IDS-3, el cual contendrá para el caso de cobros: los datos de los valores y cantidades totales presentados en virtud de la prescripción realizada por el profesional a través del aplicativo MIPRES y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada por los diferentes Entes de Control. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal de la IPS y el revisor fiscal en las entidades que estén obligadas, de lo contrario por el contador Público indicando el número de matrícula profesional con firmas originales (formato original)
4. Prescripción realizada ante el MIPRES que corresponderá a la fórmula médica el cual deberá contener el número asignado por la herramienta y la firma autografiada del profesional prescriptor
5. Factura de venta original en cobros y copia original en recobros la cual deberá cumplir con lo establecido en el estatuto tributario



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 7 de 17</p>



“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

6. Archivos planos según la estructura del anexo técnico de la resolución 1479 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social
7. Listado de verificación en medio magnético.
8. 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 recobro.
9. Copia del fallo de tutela, Para solicitudes de cobro y recobros originadas de un fallo de tutela
10. Acta de la Junta de Profesionales de la Salud, en los casos el recobro y/o cobro correspondan a soporte nutricional ambulatorio, servicios complementarios y medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario) o aquellos reportados por las Sociedades Científicas
11. Consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente cuando el recobro corresponde a medicamentos cuya indicación esté reportada ante este Ministerio por las Sociedades Científicas o estén incluidas en el listado UNIRS
12. Evidencia de entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC la cual deberá venir soportada en el formato establecido por el ente territorial
13. El proveedor podrá participar en la elaboración y/o corrección del Formato IDS-1, IDS-2, cuando así fuere el caso para los cobros por prestación de servicios No incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, tanto en físico como en magnético.
14. Los Formatos de cobro y/o recobro IDS-1, IDS-2 deben ser diligenciados con letra arial N°12 e impresos en hoja tamaño oficio.

Artículo 12. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de cobro originadas a partir de prescripciones por el aplicativo MIPRES y Fallos de Tutela:

1. Prescripción realizada ante el MIPRES que corresponderá a la fórmula médica el cual deberá contener el número asignado por la herramienta y la firma autógrafa del profesional prescriptor.
2. Evidencia de la entrega de la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud:
 - Cuando la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud sea de tipo ambulatoria deberá registrar en el formato de entrega: el número de identificación del paciente, nombre del paciente, firma y número de identificación de quien recibe (paciente, responsable o acudiente), nombre del medicamento dispensado, concentración, cantidad entregada, código CUMS, registro invima, número de prescripción MIPRES; en entregas sucesivas se deberá registrar el consecutivo de entrega o suministro.
 - Cuando la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud se haya proporcionado en atención inicial de urgencias se deberá anexar copia del informe de atención inicial de urgencias.
 - Cuando la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: copia del resumen de atención, epicrisis o historia clínica. En cirugía: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación, la institución que prestó el servicio, los profesionales que interviene en el procedimiento con las respectivas firmas (adjuntar soporte de anestesiólogo si se prestó el servicio)



 <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 No. 555</p>	<p>Página 8 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”



- Cuando la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en salud corresponda a medicamentos suministrados en servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria se allegara el soporte de suministro o aplicación de medicamentos con la respectiva firma del profesional que la administra.
- Cuando la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud corresponda a exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas se allegara el resultado del examen en el cual deberá estar registrado el nombre e identificación del paciente, fecha de prestación del servicio.
- Cuando la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud corresponda a servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado y de la entidad que recibe el usuario.
 - Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre e identificación del usuario.
 - Requisitos específicos para la factura de venta; la factura de venta expedida por el proveedor de la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberá especificar : Nombre e identificación del afiliado al cual se le suministra la tecnología No incluida en el Plan de Beneficios de Salud, descripción del servicio incluyendo en medicamentos : código CUMS y registro invima, en procedimientos se debe registrar el código CUPS, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en Salud.
 - Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizo para la nacionalización del producto. El representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro, el afiliado para el cual se realizo la importación del medicamento y la cantidad recobrada.
 - Para efectos del recobro por tecnologías en salud No incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, suministradas por Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.
 - Formulario de justificación debidamente diligenciado por el médico o profesional tratante del envío de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado en servicios complementarios derivados de fallos de tutela integrales.

Artículo 13. Etapas del proceso de verificarán y control. Las solicitudes de cobro y/o recobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de pre-radicación, radicación, pre auditoria y auditora integral las cuales se describen a continuación:

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 la remisión de la información correspondiente de cada solicitud de cobro y/o recobro, por la respectiva EPS, vía correo electrónico a los correos electrónicos: auditoriapssids@ids.gov.co o auditoriapssids@gmail.com, con los archivos planos y en pdf los documentos establecidos por la entidad territorial (IDS-1, IDS-2, IDS-3). Los correos electrónicos o pre-radificaciones de los archivos planos, se recibirán del 1 al día 15 calendario



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 9 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

de cada mes en las horas hábiles de las mañanas, y serán validados dentro de las 48 horas siguientes al envío de la información de la EAPB. Previa validación de los mismos por la respectiva malla validadora del IDS. Se radicara por cada entidad y se validara en estricto orden de llegada, con el funcionario designado por la EAPB para dicho proceso.

2. **Validación de la Información.** El Instituto Departamental de Salud, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

- ✓ Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
- ✓ Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
- ✓ Numero de prescripción de tecnología en salud no financiada con cargo a la UPC o servicio complementario (según la herramienta tecnológica)
- ✓ Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).
- ✓ Código Único de Medicamentos (CUM).
- ✓ Registro Único de Víctimas (RUV).
- ✓ Validación códigos únicos de prestación de servicios (CUPS).
- ✓ Validación códigos internacional de enfermedades (cie-10)

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

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

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



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

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

El recobro es de una IPS que inició la prescripción por MIPRES, sin embargo, presentó el recobro por el mecanismo del CTC. En este caso el recobro se anulará. Para las prescripciones a partir del 01 de Abril de 2019

El recobro es de una IPS que inició la prescripción por MIPRES, sin embargo, la entidad está presentando recobros por MIPRES y CTC. En este caso el recobro se anulará No está permitido



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 10 de 17</p>

"POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

que las IPS prescriban en MIPRES, y continúen tramitando servicios por CTC, para prescripciones a partir del 01 de Abril de 2019.

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 IDS-1, IDS-2, IDS-3, junto con los soportes en medio impreso y/o magnético. Cuando la entidad recobrante no aporte los formato de solicitud (IDS-1,IDS-2) y el formato resumen de radicación (Formato IDS-3) no contenga la firma del representante legal, y el revisor fiscal en las entidades que estén obligadas, de lo contrario, por el contador Público indicando el número de matrícula profesional con firmas originales (formato original) o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, los números de radicación asignados a cada cobro y/o recobro y el formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro presentadas.

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

1. 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 de 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.

2. Punteo: Se realizará punteo de cada una de las facturas presentadas con el físico y el software de la entidad territorial, y será realizado por el funcionario designado por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander junto al funcionario designado por la respectiva EPS.



3. Final: una vez verificados los requisitos anteriores el responsable procederá a generar el número del radicado según el software de la entidad territorial. La numeración asignada para el radicado debe estar sellada (registrada) en cada uno de los soportes de radicación Formatos IDS-1, IDS-2, IDS-3 y factura.

La radicación se deberá realizar de acuerdo a la circular 601 de fecha 29 de diciembre de 2017 y la circular 56 de febrero de 2019 expedidas por el Instituto Departamental de Salud una vez por mes de acuerdo a la cita asignada por el funcionario responsable en la entidad territorial y así mismo deberá ser presentada en cajas de archivo N°12 de acuerdo a lo establecido en la Ley de archivo (Ley 594 de Julio de 2000, y regulada por los Decretos N°41241 de 2004 y N°4100 de 2014).

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 siguientes 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 de Santander, cotejara 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:



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 11 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

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

En estos casos el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander procederá a:

- Anular el número de radicado asignado a cada solicitud de cobro y/o recobro formatos IDS-1, IDS-2,
- Anular el número de radicación formato resumen IDS-3
- 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 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”.

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 cobros y/o recobros.

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 anexo a este acto administrativo, el cual será publicado en la página web institucional 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 No. 555</p>	<p>Página 12 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

1. **Resultado del Proceso de Auditoría Integral:** El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro será:
 - 1.1. **Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:
 - 1.1.1. 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.
 - 1.1.2. 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.
 - 1.2. **Aprobado parcial:** Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro
 - 1.3. **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



2. **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.

3. **Contenido de la Comunicación.** La comunicación deberá contener la siguiente información:
 - 3.1. Fecha de expedición de la comunicación.
 - 3.2. Número de radicación de cada cobro y/o recobro.
 - 3.3. Resultado de la auditoría integral por cobro y/o recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
 - 3.4. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del cobro y/o recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
 - 3.5. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
 - 3.6. 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.

4. **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



 <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 No. 555</p>	<p>Página 13 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

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.

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 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@ids.gov.co o auditoriapssids@gmail.com.

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 incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, la acción cambiaria directa prescrita en el término de tres (3) años.

Parágrafo Transitorio: El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, establece como un plazo máximo hasta el 30 de junio de 2019 para la radicación de cuentas por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios autorizados bajo el procedimiento del Comité Técnico Científico y tutelas anteriores a la implementación de la herramienta tecnológica MIPRES.

Artículo 19°. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de cobro. Las entidades que realizan Cobros y Recobros por atenciones No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberán presentar por única vez las solicitudes dentro de los primeros quince (15) días calendario cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por el Instituto Departamental de Salud.



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.

Artículo 20°. Plazo para adelantar la etapa del proceso de auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro y efectuar el pago cuando sea procedente. El instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, deberá llevar a cabo la etapa de Auditoría integral e informar de su resultado a la entidad que realiza cobros y/o recobros por atenciones No Pos, dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobro y/o recobro.

Artículo 21°. Días habilitados para la radicación de las respuestas a las glosas generadas en el Informe de Auditoría Integral: El período habilitado para la radicación de las respuestas son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas respuestas que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de respuestas inmediatamente siguiente.

Parágrafo. Si el último día habilitado para la radicación de las respuestas es un día no hábil, estas se podrán presentar el día hábil siguiente al último día autorizado.



 <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 No. 555</p>	<p>Página 14 de 17</p>

"POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

Artículo 22°. Monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO PBS. El monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO PBS, 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 PBS autorizados por MIPRES, u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud - PBS, autorizados por el MIPRES, 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).

Cuando para el medicamento NO PBS 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.l., según corresponda).
- Q: Cantidad total del principio activo del comparador administrativo (En unidad mínima de concentración: g/ mg/mcg/U.l., 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 PBS, autorizados por MIPRES, u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud - PBS, autorizados por MIPRES, 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 expide 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 de Beneficios de Salud – PBS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por MIPRES, o por fallos de tutela. El



 <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 No. 555</p>	<p>Página 15 de 17</p>

"POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud incluidos en el Plan de Beneficios de Salud - PBS, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por MIPRES, 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 de Beneficios de Salud - PBS.

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 establecidas en el Decreto 2423 de 1996.

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 PBS, 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 PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, 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.



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 PBS 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 de Beneficios de Salud - PBS, 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 de Beneficios de Salud - PBS o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 5. En el procedimiento de auditoría integral se verificarán los homólogos registrados; para lo cual se tendrá en cuenta lo establecido en la Resolución 5332/2017 del Instituto



 <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 No. 555</p>	<p>Página 16 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

Departamental de Salud por medio del cual se adopta el manual de homólogos para medicamentos.

Parágrafo 6. Cuando el recobro/cobro corresponde a un servicio o tecnología que hace parte del listado de exclusiones de la financiación con recursos públicos asignados a la salud (Resolución 5267 de 2018 “Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud), estos serán objeto de reconocimiento y pago siempre y cuando sean ordenados por un fallo de tutela de manera explícita.

Parágrafo 7. En el procedimiento de auditoría integral se verificará que las entidades recobrantes no deben presentar recobro/cobros derivados de prescripciones con estado anulado.

Parágrafo 8. No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de transcripciones por contingencia. El profesional de auditoría verificará la fecha de prescripción contra la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud recobrada.

Artículo 23°. Pago de solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando el valor recobrado de las tecnologías NO PBS sea superior al valor máximo que se determine.
3. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.



Artículo 24°. Pago de solicitudes de recobro aprobadas parcialmente. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, pagará parcialmente la solicitud del cobro y/o recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando como consecuencia del MIPRES o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan de Beneficios de Salud - PBS.
2. Cuando uno o varios ítems incluidos en el cobro y/o recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

Artículo 25°. Procedencia de giro a proveedores de tecnologías en salud NO PBS. Las entidades que presentan los cobros y/o recobros 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 de Norte de Santander, girará los recursos de acuerdo a la disponibilidad de los mismos.
3. Se deberá dar cumplimiento a la Circular 017 de septiembre de 2015, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>RESOLUCION No. 555</p>	<p>Página 17 de 17</p>

“POR LA CUAL SE SUBROGA LAS RESOLUCIONES No. 2266 DEL 22 DE JUNIO DE 2015 Y 5333 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2017 Y ESTABLECE EL NUEVO PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR EL ACCESO, REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, VERIFICACIÓN, CONTROL, PAGO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SUMINISTRADOS A LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER”

Artículo 26°. Revisión del Modelo: La adopción del modelo que Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en el Departamento Norte de Santander, así como como el procedimiento para la Verificación y Control para el pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud, definidos mediante el presente acto administrativo, serán objeto de seguimiento y verificación, a efectos de optimizar el proceso, permitiendo el flujo de los recursos a los prestadores de servicios.

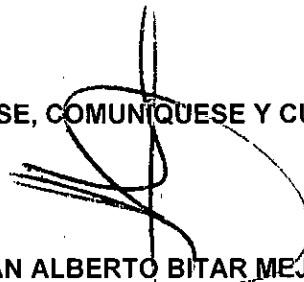
El Instituto Departamental de Salud podrá optar por la implementación de un nuevo modelo de garantía de prestación de servicio y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuando las circunstancias técnicas y financieras así lo permitan y este resulte más conveniente para la entidad y para los afiliados.

Artículo 27°. Manual de Auditoría. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander adoptar el manual de auditoría mediante acto administrativo.

Artículo 28°. El presente acto administrativo se publicará en la pagina Página Web del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Artículo 29°. Vigencia. La presente resolución rige a partir del 01 de Abril de 2019 y subroga las Resolución N°. 2266 de 2015 y 5333 de 2017, expedidas por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y demás disposiciones que le sean contrarias.

PÚBLIQUese, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE



JUAN ALBERTO BITAR MEJÍA
Director

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

