

RESOLUCIÓN No. **1-476** De 2016

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR,**

En uso de las facultad establecida en el artículo segundo, numeral 3 de las funciones del Secretario Seccional de Salud; y de conformidad con lo establecido en el artículo 43 de la ley 715 de 2001, Ley 100 de 1993, la Resolución 1479 de Mayo de 2015,

**CONSIDERANDO**

Que el Secretario de Salud Departamental tiene dentro de sus funciones definidas en el artículo segundo numeral 3, la de "Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico-técnico-administrativas trazadas por el Ministerio de Salud y la Gobernación en su jurisdicción"

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 bs servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con capacidad."

Que 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 una vez unificado el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y Subsidiado, se expidió la Resolución 5073 de 2013, que unificó el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, a cargo del respectivo Ente- Territorial.

Que la Secretaria de Salud Departamental de Bolívar tendrá en cuenta lo definido por el CONPES 155 de 2012, en relación con la regulación de precios de medicamentos, así como las normas de control directo de medicamentos emana de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos

RESOLUCIÓN No. **5-2--476** De 2016

*"Por medio de la cual y se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

Médicos o quien haga sus veces, las normas que establezcan límites de gasto en salud relacionadas con los cobros realizados al SGSSSS.

De acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 y, en especial, el Auto 263 de 2012, el Ministerio de la Protección Social debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de los recobros y las solicitudes de pago, el cual efectivamente se diseñó, pero no agilizó el flujo de recursos hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 5395 de 2013, por medio del cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones, para el recobro en el Régimen Subsidiado.

Que en fecha 6 de mayo por parte del Ministerio de Salud y protección Social fue expedida la Resolución 1479 de 2015, modificada por la Resolución 1667 del 20 de mayo de 2015, en la que se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a las afiliados del Régimen Subsidiado, derogando la Resolución 5073 de 2013.

Que el Artículo 4 de la Resolución 1479 de 2015 permite a los Departamentos atendiendo la situación de salud del territorio y a las capacidades técnicas, operativas y financieras de la entidad adoptar uno de los modelos establecidos en los Capítulos I y II o crear mediante Acto Administrativo un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los dos modelos de acuerdo con las capacidades técnicas y operativas de la entidad.

Que por cuenta de lo anterior la Secretaria de Salud del Departamento de Bolívar, expidió la Resolución No 0837 del día 23 de junio de 2015, Por medio de la cual se adopta el Procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015, acogiendo el modelo 1

Que el modelo acogido en el Decreto No. 0837 de junio de 2015 fue evaluado por la Secretaría de Salud Departamental de manera pormenorizada, encontrando que en su momento no se tuvieron en cuenta para su adopción situaciones especiales del Departamento de Bolívar tales como su extensión geográfica, dificultades en la ubicación de proveedores de bienes y/o servicios para atender patologías NO POS en algunos municipios en los que por el contrario ya hay EPSS que tienen definida una red de atención; falta de capacidad resolutive frente al alto volumen de solicitudes

RESOLUCIÓN No. **476** De 2016

*"Por medio de la cual y se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

Que así las cosas, atendiendo a la necesidad de regular la prestación de los servicios y/o procedimientos NO POS determinados en la Resolución No. 1479 de 2015 bajo las dos principales premisas definidas en el artículo 4 de la mencionada Resolución esto es: la garantía de la prestación de los servicios de salud y tecnologías sin cobertura en el NO POS a los afiliados al Régimen Subsidiado y garantizar el flujo de recursos oportuno para los prestadores del servicio de salud; se hace necesario adecuar el MODELO DE ATENCIÓN acorde a la realidad administrativa, técnica, geográfica y operativa del Departamento de Bolívar para garantizar el cumplimiento de los fines previstos en la norma en cita, que para el caso concreto, no es como ya viene dicho, el adoptado mediante la Resolución No 0837 del día 23 de junio de 2015.

Que frente al tema concreto, la Resolución 1479 de 2015 al establecer los procedimientos técnico administrativos para pago de servicios NO POS, definió en su artículo 4 que el Departamento o Distrito, analizará la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras con el fin de adoptar uno de los dos modelos establecidos en los capítulos I y II de la norma en mención, o la creación de un modelo integrado para brindar "GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD", cuya cobertura es aplicable a los usuarios del Régimen Subsidiado, lo que en la actualidad no viene siendo efectivo en un 100% por las razones expuestas, situación que pone de presente la existencia de dificultades técnica y operativas que en ocasiones no permiten cumplir de manera integral con la prestación efectiva de los servicios demandados bajo la modalidad NO POS con eficiencia y oportunidad en el modelo adoptado, lo que impone la necesidad de definir que el mismo no está conforme con el interés público social y se atenta contra él., pues no se cuenta con la infraestructura que exige la norma para asumir éste esquema de atención.

Que de acuerdo a lo establecido en estos considerandos, y como resultado del análisis de la situación del servicio de salud en el Departamento de Bolívar y a la capacidad técnica, operativa y financiera de la Secretaría Departamental de Salud, se ha considerado viable, conveniente y pertinente adecuar UN MODELO INTEGRADO ENTRE LOS DOS MODELOS DE ACUERDO CON LAS CAPACIDADES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA ENTIDAD

Que el análisis realizado por la Dirección de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud Departamental con relación a la red de prestadores, arrojó la recomendación de adecuar un procedimiento integrado entre el modelo 1 y el modelo 2 definidos en la Resolución 1479 de 2015; y en tal medida, se hace necesario implementar un Documento que permita unificar los criterios y lineamientos a seguir para

RESOLUCIÓN No. **476** De 2016

*"Por medio de la cual y se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

garantizar la prestación de servicios de salud de las acciones NO POS y el reconocimiento y pago a través de la Entidad Territorial, tal como lo exige la citada norma.

Que en mérito de lo expuesto anteriormente,

### RESUELVE

**Artículo 1. Objeto.** Adecuar el modelo de atención de los servicios, procedimiento y medicamentos NO POS, al MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN para la garantía de la prestación de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado en el Departamento de Bolívar; estableciendo el procedimiento para el cobro y pago por parte del ente territorial 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 Técnico Científicos -CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación** La presente Resolución aplica para el Departamento de Bolívar, las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de salud, que operen en el Departamento y a los Prestadores de Servicios de Salud que presten servicios y tecnologías de salud no incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado a la Población objeto.

**Artículo 3 Financiación de la atención de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Pos a los afiliados** al Régimen Subsidiado, los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado se financiara por la Entidad Territorial Departamental de Bolívar con cargo a los recursos del Sistema General Participación- Sector Salud- Prestación de servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda., los recursos del esfuerzos propio territorial destinados a la financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de esta entidad territorial y demás recursos previstos en la norma vigente para el sector salud.

**Parágrafo:** Los pagos correspondientes se realizaran de conformidad con los procedimientos y disponibilidad presupuestales a que haya lugar.

RESOLUCIÓN No. **1- - 476** De 2016

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**TITULO II**  
**GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

**Artículo 4 Evaluación de la situación en salud.** La Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, realice un análisis de la situación de salud del territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras y con base en ello, adecua mediante el presente Acto Administrativo, un modelo integrado entre los Capítulo I y II del título II de la Resolución 1479 de 2015, siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos, por medio del cual garantiza el acceso y la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Departamento de Bolívar, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

**Artículo 5. Comités Técnico Científicos.** 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 desaprobar la solicitud considerando lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013 y 1479 de 2015. Podrá hacer parte de este comité un representante de la SSDC con voz pero sin voto, acorde con lo definido en la resolución 1479 de 2015.

**Parágrafo 1:** El CTC se limitara a garantizar el acceso exclusivo a los servicios y tecnologías en salud NO POS y no tendrá competencia en la autorización o negación de servicios, insumos o actividades que no sean Tecnologías en Salud.

**Parágrafo 2** la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, no reconocerá el suministro o autorizaciones a través de CTC de ningún servicio, insumo, actividad o tecnología que se considere como servicio, insumo, actividad o tecnología no financiable con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**TITULO III**  
**GARANTIA DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIA NO CUBIERTA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, CENTRALIZADA EN LA ENTIDAD TERRITORIAL**

RESOLUCIÓN No. **5-2--476** De 2016

*“Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones”*

**Artículo 6. Atención de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS.** La atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS se prestara de la siguiente manera:

Si se trata de un servicio o tecnología sin cobertura en el POS requerido en la atención de urgencias o en el transcurso de una hospitalización, el prestador de servicios que este atendiendo al afiliado deberá proceder así:

Si tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS con la entidad territorial responsable del pago, deberá presentar la previa autorización del CTC, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial, y gestionara su pago ante la entidad territorial, en los términos y condiciones previstos en el contrato de prestación de servicios y tecnologías NO POS y en el Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo sustituyan o modifiquen. Cuando se trate de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el parágrafo del referido artículo 10. 

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

Si la IPS tiene el servicio habilitado, deberá prestarlo previa autorización del CTC en los términos del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial. Cuando se trate de Urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el parágrafo del referido artículo 10.

Para el pago del o los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, la IPS presentara la solicitud de cobro ante la EPS donde se encuentre afiliado el Usuario.

Si la IPS no tiene el servicio habilitado, deberá solicitar a través del sistema de referencia y contra referencia de la EPS, donde debe remitir el paciente, al prestador de servicios de salud que tenga habilitado para suministrarlo, la EPS deberá elegir el prestador de servicios de salud que lo brindara e informara a la entidad territorial mediante correo electrónico dentro de las 24 horas siguientes.

El prestador de servicios de salud receptor del usuario, solicitara la autorización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS al CTC de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 y elevara la solicitud de pago ante la EPS. La autorización deberá realizarse

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

con la debida oportunidad de tal forma que se garantice el acceso oportuno al usuario de los servicios de salud.

Para el pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, la IPS presentara la solicitud de Cobro ante la EPS donde se encuentre afiliado el Usuario.

Para los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS requeridos en las demás situaciones (ambulatorio, hospitalización), las Administradoras de Planes de Beneficios que tiene afiliados al Régimen Subsidiado de Salud deberán garantizarles el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los Comités Técnico Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, para lo cual, dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la autorización emitida por el CTC, definirán el prestador de servicios de salud que brindara dichos servicios, de acuerdo con su red contratada.

**Parágrafo 1.** La prestación de servicios No pos se hará prioritariamente con la Red Publica del Departamento de Bolívar.

**Parágrafo 2.** La Secretaria de Salud Departamental de Bolívar solamente aceptara los cobros directos por prestación de servicios NO POS que pres las IPS con las que tenga contrato.

**Artículo 7 Presentación de las solicitudes de cobro.** Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentaran ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la presente resolución, en el que se establece el procedimiento de verificación y control.

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

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

RESOLUCIÓN No. **476** De 2016

*"Por medio de la cual y se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**TITULO IV**  
**PROCESO DE RADICACION, PRESENTACION, VERIFICACION CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL POS.**

**Artículo 8 Requisitos generales para la verificación y control de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.** El Departamento de Bolívar establece, mediante el presente Acto Administrativo, el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provista por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con el siguiente mecanismo, que indica los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar en el que tales solicitudes deben ser presentadas, los términos que tardara la entidad territorial en realizar la auditoria correspondiente y los demás elementos necesarios que le permitan establecer la obligación de pago frete a los servicios y tecnologías cobrados. ①

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

Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.

El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación de servicio.

El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.

El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.

El servicio o tecnología sin cobertura en el pos fue efectivamente suministrado al usuario.

El reconocimiento y pago del Servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.

**RESOLUCIÓN No. - - 476 De 2016**

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.

El valor cobrado se encuentra soportado en factura de servicio 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 por atenciones No Pos.** Para efectos de presentar las solicitudes de cobro, las entidades que realizan cobros deberán radicar ante la Secretaría de Salud Departamental los siguientes documentos (Por 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 llegara a modificar dicho certificado, se deberá allegar nuevamente.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución se deberá adjuntar 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 fijación o modificación anual.

**Artículo 10°. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.** La Secretaría de Salud Departamental de Bolívar aplica las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:

1. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de los comparadores administrativo adoptado por dirección de administración de fondos de la Protección Social, si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo indicado en los artículo 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 POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las

**RESOLUCIÓN No. - 476 De 2016**

*"Por medio de la cual y se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si los 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.

**Parágrafo1.** Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la entidad territorial la EAPB reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

**Parágrafo2.** La diferencia no cubierta por la entidad territorial correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

**Artículo 11°. Requisitos generales** para el proceso de verificación de los cobros. Las entidades que realizan cobros por atenciones No Pos, deberán anexar a cada solicitud de cobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cobros: se utilizará el formato MYT de recobros que para el efecto estableció la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.
2. Copia del Acta del Comité Técnico Científico - CTC o copia del fallo de Tutela.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
4. Copia de Formula u orden médica del servicio cobrado.
5. Registro de Aplicación de medicamentos de uso intrahospitalarios.

**Artículo 12°. Documentos e información específica establecida para la presentación de solicitudes de cobro originadas en actas de Comité Técnico Científico -CTC y Fallos de Tutela:** Se adopta de manera definitiva y total, de los artículos 14, 15 Y 16 de la Resolución 5395 de 2013, para la verificación y aprobación de los documentos e información específica de las solicitudes de cobro.

**RESOLUCIÓN No. - - 476 De 2016**

*"Por medio de la cual y se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**Artículo 13°. Etapas del proceso de verificación y control.** Las solicitudes de cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de pre-radicación, radicación y auditoría integral, los cuales se describen a continuación:

**1. Etapa de Pre-radicación:** En esta etapa se inicia con el registro de la información correspondiente a cada solicitud de cobro, por la entidad que realiza cobros por atenciones No Pos, vía página web de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, según el anexo 1 de la presente resolución. Las pre-radificaciones con las facturas, soportes y los archivos planos en cd, se recibirán del 01 al día 15 calendario de cada mes en el horario de 8:00 a 11:00 a.m.

**2. Etapa de Radicación:** La etapa de radicación consiste en presentar ante Secretaría de Salud Departamental de Bolívar ubicada Centro Administrativo Departamental, **proceso a cargo del Departamento Financiero**, Las facturas físicas en original y copia los formatos MYT1, MYT2 y MYTR, junto con los soportes en medio magnético, que se indicaron en la presente resolución. Este proceso se debe realizar de manera presencial en las instalaciones de la dirección indicada, se recibirán radificaciones hasta las 11:00 horas del días 15 calendario de cada mes. Las EAPB deberán radicar los cobros discriminados por cada Prestador de Servicio de Salud.

**3. Etapa de Auditora Integral de Cobros.** El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los Cobros. Resultado del proceso de auditoría integral. El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro será:

- a. Aprobado total: Cuando todos los ítems del cobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y del proceso de auditoría de la Secretaria de Salud Departamental de Bolívar
- b. Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del Cobro.
- c. No aprobado: Cuando todos los ítems del cobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y de la auditoria de la Secretaria de Salud Departamental de Bolívar

**Artículo 14°. Comunicación de los resultados de auditora a las entidades que realizan Cobros por atenciones No Pos.** El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de cobro se comunicará por la Secretaría de Salud Departamental, al representante legal de la entidad, a la dirección electrónica registrada por la entidad que realiza. Cobros por atenciones No Pos y al domicilio informado por la misma, se conservará copia de la constancia de envió.

RESOLUCIÓN No. - - 476 De 2016

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**Parágrafo 1.** A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la estructura de informe de Auditoría Integral presentada por este Despacho, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello.

**Parágrafo 2.** Todas las EAPB que tengan afiliados al Régimen Subsidiado y que operen en el Departamento de Bolívar deberán reportar el correo electrónico exclusivo para comunicaciones de cobros, por medio del cual se reportarán los respectivos informes y comunicaciones exclusivas de cobros a la Secretaría de Salud Departamental.

#### TITULO V TERMINOS y PLAZOS

**Artículo 15°, Término para la presentación de las solicitudes de cobro.** Las entidades que realizan cobros por atenciones No Pos deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de cobro ante la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 de la obligación de pago o de la ocurrencia.

**Artículo 16°, Días habilitados para la radicación de las solicitudes de cobro.** Las entidades que realizan cobros por atenciones No Pos. Deberán presentar las solicitudes de cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

**Parágrafo 1.** Aquellos cobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el periodo de radicación inmediatamente siguiente.

**Artículo 17°, Plazo para adelantar la etapa del proceso de auditora integral** de las solicitudes de cobro y efectuar el pago cuando sea procedente. La Secretaría de Salud Departamental de Bolívar llevará a cabo la etapa de Auditoría integral e informará de su resultado a la entidad que realiza cobros por atenciones No POS, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobro

**RESOLUCIÓN No. - 476 De 2016**

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**Artículo 18°, Tiempos de Respuesta a Glosa.** Días habilitados para la radicación de las respuestas a las glosas generadas en el Informe de Auditoría Integral. La IPS podrá dar respuesta a las glosas dentro de quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de las glosas. El periodo 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 periodo de radicación de respuestas inmediatamente siguiente.

**Parágrafo.** Si el último día habitado para la radicación de las respuestas es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de cobro o respuestas de glosas el día hábil siguiente al último día autorizado.

**TITULO VI**  
**PAGO DE LAS SOLICITUDES DE COBRO**

**Artículo 19°. Pago de las solicitudes de cobro.** Una vez realizado y reportado el informe de Auditoría integral, la Secretaría de Salud Departamental procederá a cancelar los valores que resultaron sin glosa, sujeto a las disponibilidades presupuestales a que haya lugar.

**Parágrafo 1.** De acuerdo con las indicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con la Resolución 1479 de 2015, el pago lo hará la entidad territorial directamente al prestador de servicios de salud.

**Parágrafo 2.** El valor del excedente del pago de los servicios o tecnologías de salud No Pos que no se pague por la entidad territorial será a cargo de la EAPB (Valor del similar u homólogo POS), de acuerdo con las condiciones de reconocimiento y pago descritas en esta resolución.

**Parágrafo 3.** Dentro de los dos meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución la Secretaría de Salud Departamental del Departamento de Bolívar, realizará estudio de precios de medicamentos y procedimientos ambulatorios para definir si hay lugar a concertación de precios por parte del Departamento y la EAPB, los cuales serán aplicables al proceso de verificación y pago de los servicios de salud No Pos., Hasta tanto no concertarse los precios por parte de la Entidad Territorial, se continuará con los precios del mercado.

RESOLUCIÓN No. **476** De 2016

*"Por medio de la cual se adecúa el procedimiento para la prestación de Servicios de Salud No Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado al Modelo Integrado de Atención y el mecanismo para su reconocimiento y pago de acuerdo con la Resolución 1479 de 2015; y se dictan otras disposiciones"*

**TITULO VII**  
**DISPOSICIONES FINALES**

**Artículo 20°. Transitorio.** Aquellos servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que a la entrada en vigencia de la presente resolución, hayan sido autorizadas por la EAPB en una red distinta a la definida por esta entidad territorial Departamental, podrán continuar garantizándose por la EAPB en la red que esta gestione, con el fin de dar continuidad a la prestación del servicio, garantizando la respectiva coordinación con la entidad territorial responsable del pago.

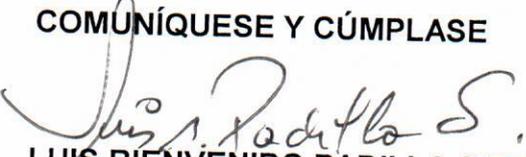
**Artículo 21°. Saneamiento contable.** Las entidades territoriales, los Prestadores de Servicios de Salud y las Administradoras de Planes de beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, una vez recibidos o realizados los pagos o giros correspondientes, deberán reflejarlos en su contabilidad de acuerdo con su naturaleza y los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

**Artículo 22. Aspectos no regulados** En los aspectos no regulados en la presente Resolución, se seguirán las disposiciones de la Resolución No 5395 de 2013, Resolución 1479 de 2015 y demás normas que lo modifiquen.

**Artículo 23. Vigencia y derogatorias.** La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, especialmente las contenidas en la Resolución No. 0837 de 23 de junio de 2015

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

**16 MAY 2016**

  
**LUIS BIENVENIDO PADILLA SIERRA**  
Secretario de Salud Departamental

Proyecto:

- Nacha Newball Jiménez – Directora DAPS

- Luis Ortiz Herrera PE – DAPS

Revisó y aprobó: Dra. Adriana Trucco –

Revisó: Abogado de Secretaría de Salud