



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 1016 de fecha 01 JUL 2015

Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial.

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD Y
DIRECTOR EJECUTIVO DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el Acuerdo 20 de 1990, la Ley 715 de 2001, el Decreto Distrital 507 de 2013 y la Resolución 1479 de 2015 y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007, las Entidades Territoriales tienen la obligación de gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad, a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado de su jurisdicción en lo no cubierto por el POS.

Que de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 y en especial el Auto 263 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil para la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

Que la doctrina jurisprudencial y la Ley 1751 de 2015 establecen la obligatoriedad de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de oportunidad, integralidad, disponibilidad y continuidad, y sin consideraciones de índole administrativa, financiera o técnica para garantizar el goce pleno y efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14 establece que las Empresas Promotoras de Salud están obligadas a prestar los servicios de salud de manera integral a través de la articulación de su red prestadora y bajo los atributos de calidad de la atención.

Que mediante la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015, modificada por la

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Continuación de la Resolución No.

1018

de fecha

01 JUL 2015

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial".

Resolución 1667 del 20 de mayo de la misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el "el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial".

Que el artículo 4° de la norma precitada, permite a los Entidades Territoriales adoptar uno de los dos modelos descritos en los capítulos I y II de la Resolución 1479 de 2015, una vez analizada la situación de salud de cada territorio, y las capacidades técnicas, operativas y financieras de la Dirección Territorial de Salud.

Que en el artículo 11 Ibidem, ordena que cada Ente Territorial adopte mediante 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 provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud. Dicho artículo señala además, que el Acto Administrativo debe incluir los soportes que acompañarán la solicitud, el periodo del mes y el lugar donde deberán ser presentadas, el tiempo que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría y demás elementos necesarios que permitan establecer la obligación del pago.

Que las Entidades Territoriales deberán aplicar las reglas relacionadas con el valor a pagar por los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, acogiéndose a lo establecido en el artículo 12 de la Resolución 1479 de 2015.

Que en cualquiera de los modelos previstos en la Resolución indicada, las Entidades Territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud, los servicios y tecnologías en salud NO POS que hayan superado el procedimiento de verificación y control, y podrán establecer mecanismos que permitan la realización de pagos previos.

Que para determinar si el servicio o la tecnología suministrada al afiliado al Régimen Subsidiado, no está cubierto en el POS, los comités técnico científico y las Entidades Territoriales deberán aplicar la normatividad y criterios establecidos en el artículo 14 de la Resolución 1479 de 2015.

Que en mérito de lo expuesto este Despacho,



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

1016

01 JUL 2015

Continuación de la Resolución No. _____

de fecha _____

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial"

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. Objeto: Adoptar el modelo establecido en el Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, según el cual la prestación y el suministro de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud -POS será garantizada a través de las redes de prestadores de servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud del Distrito Capital y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

ARTÍCULO 2. Garantía de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS: Las EPS garantizarán la prestación y suministro de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud-POS a través de su red de prestadores de servicios de salud, en los siguientes casos:

- a) Servicios aprobados por los Comités Técnico Científicos-CTC para lo cual, este contará con dos días luego de la radicación de la solicitud como establece la Resolución 5395 de 2013. Las EPS definirán el prestador de servicios de salud que brindará dichos servicios dentro de los dos días siguientes al recibo de la aprobación emitida por el Comité Técnico Científico, de acuerdo con su red contratada. Cuando se trate de una atención de urgencia la aprobación del CTC será posterior a la prestación del servicio o tecnología NO POS.
- b) Servicios ordenados por autoridad judicial, se prestarán sin que medie el Comité Técnico Científico.

ARTÍCULO 3. Presentación de las Solicitudes de Cobro. Las EPS que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante esta Entidad Territorial los documentos que soporten los requisitos exigidos para el cobro así:

1. Factura o documento equivalente diligenciado con base en los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario y en los artículos 14, 15 y 16 de la Resolución 5395 de 2013 excepto el numeral 6º. del artículo 16.
2. La factura o documento equivalente, será expedido por el prestador del servicio o tecnología NO POS, a nombre del Fondo Financiero Distrital de Salud con NIT. 800.246.953-2.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

TARIFAS DE SALUD
1016

01 JUL 2015

Continuación de la Resolución No. _____ de fecha _____

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial".

3. La factura o documento equivalente incluirá exclusivamente los servicios o tecnologías no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, a cobrar al Fondo Financiero Distrital de Salud.
4. Las facturas o documentos equivalentes y sus soportes serán radicadas por la EPS en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, organizadas por prestador y con base en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo.
5. El periodo de radicación está comprendido entre el primero y el día quince de cada mes según se establece en el cronograma de que trata el Anexo 1 de la presente resolución.
6. El Prestador de los servicios y tecnologías no incluidas en el POS, enviará copia del radicado de sus facturas ante la EPS, a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de esta Entidad Territorial por vía electrónica como soporte para seguimiento a la gestión de la EPS.

PARÁGRAFO: Cuando el prestador, IPS privada o ESE, de la red de la EPS, pertenezca a la Red contratada por el Distrito Capital, las facturas serán cobradas directamente por la Empresa Social del Estado o la IPS, y serán pagadas con cargo al contrato suscrito con la Secretaría Distrital de Salud para la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda.

ARTÍCULO 4. Procedimiento de Verificación y Control: El procedimiento de verificación y control de las cuentas presentadas por concepto de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud está contenido en el Anexo 1 denominado "Requisitos para la radicación de solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud" y en el Anexo 2 denominado: "Procedimiento de verificación y control de las solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud" que hacen parte integral del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 5. Reglas para determinar el valor a pagar: Las reglas para determinar el valor a pagar por concepto de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

- a. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DE TAREAS DE OFICINA
1016

Continuación de la Resolución No. _____

de fecha 01 JUL 2015

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados, al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial"

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 Decretos 2357 de 1995, 4877 de 2007 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

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.

- b. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre i) las tarifas de referencia de la Secretaría Distrital de Salud o el valor facturado y ii) el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los Decretos 2357 de 1995, 4877 de 2007 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

Se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de la prestación del servicio.

PARÁGRAFO 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la Secretaría Distrital de Salud. 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. El valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo para el homólogo, será asumido por la EPS.

PARÁGRAFO 3. El listado de comparadores administrativos está publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 4: En el caso de glosa no conciliada entre el prestador y la Secretaría Distrital de Salud, por divergencias conceptuales sobre la clasificación de tecnologías en salud o servicios cobrados como incluidos o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, se acudiría al Comité de Divergencias Recurrentes del Ministerio de Salud y Protección Social.

Cra. 32 No. 12-81
Tel: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Continuación de la Resolución No.

1016

de fecha 01 JUL 2015

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial".

ARTÍCULO 6. Tarifas: Las tarifas a reconocer por la prestación de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, corresponden a:

- 1) Medicamentos.
 - a. Medicamentos regulados: Se reconocerá el valor de las tarifas establecidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social.
 - b. Medicamentos no regulados: Para su reconocimiento se acudirá a la Lista de Medicamentos de la Secretaría Distrital de Salud, que se publica en la página web de la Secretaría Distrital de Salud.
 - c. Medicamentos no regulados y no incluidos en la Lista de Medicamentos de la Secretaría Distrital de Salud: Para su reconocimiento se acudirá al SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS, SISMED, dispuesto por el Ministerio de la Protección Social en su página web.
- 2) Procedimientos. Se reconocerán los valores con base en el Manual Tarifario SOAT vigente.
- 3) Insumos: Se reconocerá el valor registrado en la factura de compra más el 12% por gastos administrativos.

ARTÍCULO 7. Pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud: La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-FFDS, pagará directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud una vez superado el proceso de verificación y control de conformidad con el Anexo 2, "Instructivo de Auditoría de la Secretaría Distrital de Salud".

ARTÍCULO 8. Proceso de Recobro: El procedimiento de recobro descrito en la Resolución 5395 de 2013 seguirá operando en los siguientes casos:

- a) En el caso de pacientes amparados por orden de autoridad judicial cuyo fallo incluya tratamiento integral o servicios y tecnologías no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y faculte a la EPS para recobrar al Fondo Financiero Distrital de Salud.
- b) En el caso de medicamentos vitales no disponibles.
- c) En el caso de que la atención integral incluya tecnologías NO POS que no puedan fragmentarse al momento de la facturación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD
1016

Continuación de la Resolución No. _____

de fecha 01 JUL 2015

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial"

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 Decretos 2357 de 1995, 4877 de 2007 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

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.

- b. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre i) las tarifas de referencia de la Secretaría Distrital de Salud o el valor facturado y ii) el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los Decretos 2357 de 1995, 4877 de 2007 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

Se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de la prestación del servicio.

PARÁGRAFO 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la Secretaría Distrital de Salud. 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. El valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo para el homólogo, será asumido por la EPS.

PARÁGRAFO 3. El listado de comparadores administrativos está publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 4: En el caso de glosa no conciliada entre el prestador y la Secretaría Distrital de Salud, por divergencias conceptuales sobre la clasificación de tecnologías en salud o servicios cobrados como incluidos o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, se acudirá al Comité de Divergencias Recurrentes del Ministerio de Salud y Protección Social.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Continuación de la Resolución No. 1016 de fecha 01 JUL 2015

"Por la cual se establece el procedimiento para garantizar la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial"

- d) En el caso de aquellos servicios sobre los cuales la EPS haya hecho anticipo a un prestador para garantizar procedimientos, tratamientos o tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

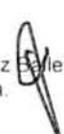
ARTÍCULO 9. Disposición Especial. Durante el término de la vigencia de la presente resolución, y en virtud de lo preceptuado en el artículo 4 de la Resolución 1479 de 2015, la Secretaría Distrital de Salud evaluará las capacidades técnicas, operativas y financieras determinará el procedimiento definitivo de garantía de prestación, cobro y pago de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Las instancias designadas para esta evaluación son la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial y la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento.

ARTÍCULO 10. Vigencia. La presente resolución rige por el término de tres meses contados a partir de la fecha de su entrada en vigencia.

Dada en Bogotá, D.C., a los 01 JUL 2015

COMUNÍQUESE, NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE


MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCIA
Secretario de Despacho

Elaboró: Alba García Rincón, Gloria Inés Pedraza, 
Revisaron:  Kimberly Zambrano Granados, Guillermo Sánchez Ballesteros, Sulma Barbera Chaparro, Adriana Ramírez Martín, 
Elsa Graciela Martínez Echeverry, Giovanni Rubiano García, 
Aprobó: Aura Elvira Gómez,  

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUCZANA

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO</p> <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>Requisitos para la radicación de solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud Documento no Controlado</p>	<p>Elaborado por: Ana Josefa Rodríguez Adriana Ramírez Martín Santiago Romero Carlos Malaver Revisado por: Gloria Inés Pedraza Plazas Alba García Rincón Aprobado por: Guillermo Leonardo Sánchez Ballesteros</p> <p>Control Documental – SIG-</p>	
--	--	--	---

i

ANEXO 1

REQUISITOS PARA LA RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE PAGO POR CONCEPTO DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS EN SALUD, SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Con el propósito de facilitar el procedimiento de auditoría interna sobre las solicitudes de pago de servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital, autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial, se relacionan a continuación los requisitos generales para su presentación que comprende los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar de presentación, de la siguiente manera:

1. SOPORTES QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD.

1.1. CREACIÓN DE TERCEROS.

En el evento en que la solicitud de pago se realice por primera vez por parte de la IPS ante la Secretaría Distrital de Salud, SDS, o que la IPS registre alguna modificación de su Representación Legal, entregar con oficio remisorio dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento los

siguientes documentos debidamente actualizados, con el objeto de registrar al beneficiario del pago:

- RUT.
- RIT.
- Cámara de Comercio.
- Formato de información a terceros, firmado. Anexo.
- Certificado de cuenta bancaria.

En los casos de IPS con UNION TEMPORAL:

- Acta de constitución de la Unión Temporal que identifique el porcentaje de participación de los socios.
- RUT.
- Formato de información a terceros persona jurídica, firmado por el Representante legal, Anexo.

Para cada uno de los Socios de la Unión Temporal

- RUT actualizado
- Formato terceros persona jurídica, firmado por el Representante legal
- Cámara de Comercio.

1.2. COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC).

Entregar con oficio remisorio dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, la certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico (CTC) de la EPS, vigente, registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud

El mismo documento debe entregarse oportunamente en los eventos de modificación del CTC.

1.3. REPORTE DE MEDICAMENTOS AL SISMED.

Entregar de manera trimestral con oficio remisorio dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, la evidencia de validación del reporte de información sobre los medicamentos al SISMED, conforme con lo establecido en la normatividad legal vigente.

1.4. SOLICITUD DE PAGO.

Mediante oficio remitario, firmado por el Representante Legal de la EPS o a quien este delegue, dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, la EPS debe presentar - organizado y foliado por IPS -, los siguientes documentos:

- a. Factura de venta, en original y dos copias. La factura debe cumplir con lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

Esta factura debe contener el detalle de la prestación de los servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud por usuario.

La factura debe identificar como pagador el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD con NIT 800.246.953-2.

- b. Evidencia del cargue de los RIPS en la plataforma establecida por la Dirección de Planeación Sectorial - Grupo de información de la SDS.

Para cargar la información, contactarse con el número telefónico 3649090 Ext. 9667, o a los correos electrónicos jfbautista@saludcapital.gov.co, SVArevalo@saludcapital.gov.co

- c. Acta del Comité Técnico Científico (CTC) en medio físico y digital en formato PDF (si aplica).
- d. Copia legible del fallo de tutela en medio físico y digital en formato PDF (si aplica).
- e. Soportes médico-asistenciales que justifiquen la pertinencia y la prestación del servicio o tecnología NO POS prestada.
- f. Factura de compra de insumo suministrada por el proveedor de tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS)

- g. Factura de compra de medicamentos suministrada por el proveedor o IPS de tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), en los eventos en que la IPS o el proveedor no se acoja al listado de tarifas de la SDS y del SISMED.
 - h. En los casos de Conjunto Integral de Servicios (paquete), no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), detallar su contenido por servicios y tecnologías de forma individual y las cantidades incluidos en éste.
 - i. Acta del Comité de Farmacia y Terapéutica de la IPS, de los medicamentos sin indicación registrada en el INVIMA para la patología o grupo etario.
 - j. Evidencia de la entrega del medicamento, insumo o la prestación efectiva del servicio en salud al usuario, objeto de la autorización por CTC o Fallos de Tutela.
 - k. Soporte de la autorización de Servicios o Tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) por Comité Técnico Científico (CTC), o por fallo judicial expedida por la EPS.
 - l. Certificado emitido por el Revisor Fiscal y el Representante Legal de la IPS que de cuenta, sobre la facturación objeto de solicitud de pago, que no ha sido presentada previamente a otro pagador ni ha sido cancelada por otro pagador. (FOSYGA, Entidad Territorial, EPS).
 - m. Formato Anexo 3 A - Relación de los datos básicos para el pago de cuentas autorizadas por Fallos de Tutela Cod.SDS-ASS-FT045, diligenciado en medio magnético. (Si aplica).
 - n. Formato Anexo 3 B - Relación de los datos básicos para el pago de cuentas autorizadas por el Comité Técnico Científico CTC Cod. SDS-ASS-FT046, diligenciado en medio magnético. (Si aplica).
2. PERIODO DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO.

Las solicitudes de pago se recibirán en la SDS durante los primeros 15 días calendario de cada mes, conforme con el cronograma que se publicará en la página WEB de la SDS, con base en las solicitudes recibidas en el teléfono 3649090, ext. 9487 o en el correo electrónico ajrodriguez@saludcapital.gov.co.

3. LUGAR DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO.

Las solicitudes de pago serán recibidas en la Subdirección de Garantía del Aseguramiento cuentas médicas de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de la Secretaria Distrital de Salud.

ⁱ Documento no controlado por periodo de vigencia de la Resolución Distrital 1016 de 2015.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO</p> <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>Descripción del procedimiento de verificación y control de las solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud Documento no Controlado</p>	<p>Elaborado por: Ana Josefa Rodríguez Adriana Ramírez Martín Santiago Romero Carlos Malaver Revisado por: Gloria Inés Pedraza Plazas Alba García Rincón Aprobado por: Guillermo Leonardo Sánchez Ballesteros</p> <p>Control Documental – SIG-</p>	
--	--	--	---

ANEXO No. 2

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE PAGO POR CONCEPTO DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS EN SALUD, SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

El Equipo de Auditoría de Cuentas Médicas de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de la Secretaría Distrital de Salud, SDS, es el encargado de desarrollar el proceso de verificación y control de las solicitudes recibidas de las EPS, con el objeto de establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), prestados por las IPS a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en Bogotá, D.C., mediante la causación, auditoría, comunicación de resultados de auditoría a las IPS, conciliación de cuentas médicas y saneamiento de cartera de la siguiente manera:

I. CAUSACIÓN

Una de las copias de la factura recibida, será remitida por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a la Dirección Financiera para la creación de la obligación contable con cargo al FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, FFDS.

II. AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS.

El desarrollo de la auditoría tendrá en cuenta como mínimo:

1. **VERIFICACIÓN DE DERECHOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).**

La verificación de si le asiste al usuario el derecho al momento de la prestación del servicio, se realizará mediante la consulta de las bases de datos del Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud (SDS), la pagina Web del DNP, la pagina Web del FOSYGA (BDUA y Afiliados compensados) y la pagina Web de SISPRO.

La factura será devuelta en su totalidad, en caso de no encontrarse identificado el usuario como afiliado al Régimen Subsidiado en Salud en Bogota, D.C.

2. **AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (NO POS).**

Se revisará si el servicio o tecnología cobrado fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.

En los casos de CTC, según lo establecido en el parágrafo 1 y 2 del Artículo 9 y literal b y c del Artículo 10 de la Resolución 5395 del 2013, o las normas que lo modifiquen.

En los casos de orden por autoridad judicial se verificará el cobro facturado respecto al contenido de la decisión judicial y se tendrá en cuenta el tiempo establecido en el fallo para la prestación de servicios o tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS).

3. **DETERMINACIÓN DEL VALOR A PAGAR POR LOS SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (NO POS).**

Con el objeto de determinar el valor a pagar, se tendrá en cuenta:

3.1. PARA MEDICAMENTOS:

3.1.1 En el caso que la Tecnología no cubierta por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) sea un medicamento, el valor tope a reconocer en la Factura por el FFDS, es el valor máximo autorizado por la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPM) para la fecha de la atención.

3.1.2 Si para la fecha de la atención del usuario, el precio de la Tecnología (Medicamento) no esté regulado, el valor se tomará de la lista de Medicamentos de la Secretaria Distrital de Salud vigente para la fecha de atención.

3.1.3 Si la Tecnología (Medicamento) no tiene valor máximo de referencia por la CNPM y/o la Secretaria Distrital de Salud, se tomará como referencia el valor del SISMED de la siguiente Manera:

3.1.3.1 Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones intrahospitalarias (Urgencias, Hospitalizaciones o Procedimientos médico - quirúrgicos) se tomará la columna de **Precio** de la referencia **COMPRAS** en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

3.1.3.2 Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones ambulatorias o fórmulas médicas (Extrahospitalaria) se tomará la columna de **MAYORISTA Precio** de la referencia **VENTAS CANAL INSTITUCIONAL** en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni

lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

3.2 PARA INSUMOS:

Se reconoce el valor de la factura de compra del proveedor más el 12% por gastos administrativos.

3.3 PARA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O DIAGNÓSTICOS:

Para los Servicios o Tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) correspondientes a Procedimientos Terapéuticos o Diagnósticos el valor máximo a reconocer por la SDS son las establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Tarifario SOAT), vigente para la prestación del servicio.

Si el Servicio o Tecnología cobrada no se encuentra registrada o codificada en el Decreto 2423 de 1996, El valor facturado por la IPS, se comparará con el precio promedio del mercado para Bogotá, D.C. para el año de la prestación del servicio.

3.4 PARA CONJUNTO INTEGRAL DE SERVICIOS (PAQUETE)

Cuando el Servicio o Tecnología no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) es un Conjunto Integral de Servicios (paquete), la IPS anexará el detallado del contenido por Servicio o Tecnología de forma individual y las cantidades incluidos en este; si contiene insumos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) la IPS anexará la Factura de Compra del Proveedor que suministro la Tecnología.

Si el detallado contiene servicios o tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (POS), serán descontados al valor establecido en el Decreto 2423 de 1996 para el año de la prestación del servicio.

Si el Conjunto Integral de Servicios (paquete) no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) no está registrado o codificado en el Decreto 2423 de 1996, el valor facturado por la IPS, se comparará con el precio promedio del mercado para Bogotá, D.C. para el año de la prestación del servicio.

En caso de que la IPS, no esté de acuerdo con la metodología de reconocimiento del valor de la tecnología tipo Medicamentos o Insumos en salud no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS), la SDS reconocerá el valor de la factura de compra de la Tecnología de salud, la que se liquidará con un ajuste del 12% sobre el valor registrado en la compra.

4. APLICACIÓN Y DESCUENTO DEL COMPARATIVO ADMINISTRATIVO (HOMOLOGO) AL SERVICIO O TECNOLOGÍA NO CUBIERTO POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS).

La SDS verificará los comparadores administrativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la realización del descuento del valor del homologo incluido en el POS. De no encontrarse la Tecnología en este listado, se procederá a tomar la Tecnología de última generación incluido en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso que la Tecnología sea un medicamento se tomará el de la indicación Terapéutica (patología) sin importar el grupo farmacológico.

Los Servicios o Tecnologías NO POS (incluidos los paquetes o conjuntos de atenciones integral), que en el proceso de auditoria de cuentas médicas se evidencie que contiene uno o varios Servicios o Tecnologías incluidas en el POS, se descontarán del valor facturado por la IPS, por corresponder su reconocimiento a la EPS Subsidiada.

El valor del Comparador Administrativo (homólogo) utilizado para el reconocimiento de la Tecnología tipo Medicamento no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) utilizará el mismo procedimiento descrito en los literales 3.1.3.1 y 3.1.3.2. para el valor máximo a reconocer en la Factura por la SDS, cuando no tiene valor máximo de referencia por la CNPM y/o La Secretaria Distrital de Salud

5. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS TIPO MEDICAMENTO NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD QUE NO PRESENTAN INDICACIÓN INVIMA PARA EL GRUPO ETARIO O LA PATOLOGÍA A LA CUAL FUE FORMULADA.

En los casos que la IPS habilitada formule un medicamento sin indicación registrada en el INVIMA para la patología o grupo etario del usuario registrado en la factura, la SDS verificará el Acta de Comité de Farmacia y Terapéutica según lo estipulado en el Artículo 22 del Decreto 2200 de 2005, que apruebe el uso del Medicamento y la dosis para el usuario.

6. OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA AUDITORÍA.
 - a. Que el servicio o tecnología suministrada al usuario, objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.
 - b. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
 - c. Que el servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
 - d. Que 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.
 - e. Que los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
 - f. Que el valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la Resolución 1479 del 6 de Mayo de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, o las normas que la modifiquen.
 - g. Que la cuota de recuperación, esté descontada en la factura del prestador según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y en el Decreto 345 de 2008 (Gratuidad) o en las normas que lo modifiquen o adicionen.

7. TÉRMINOS PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS NO CUBIERTOS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (NO POS).

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, desarrollará la auditoría y preparación de comunicación de resultados con destino a la IPS, teniendo en cuenta la codificación de la glosa y devolución

de que tratan las Resoluciones 3047 de 2008, 416 de 2009 y 4331 de 2012, o las normas que las modifiquen.

III. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE AUDITORÍA Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.

El resultado de la auditoría será comunicado por la SDS a la IPS, mediante correo electrónico y correo certificado.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por la SDS, dentro de los 30 días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La SDS, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

En el evento de cumplirse el plazo sin recibirse respuesta de la IPS, se reiterará la solicitud de su respuesta por una única vez, dentro de un último plazo de 15 días, contados a partir de la fecha de emisión del oficio de reiteración. De no recibirse respuesta en este segundo y último plazo se informará sobre la gestión desarrollada a la Superintendencia Nacional de Salud.

IV. SOPORTE PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO

El resultado de la conciliación de los resultados auditoría, materializado en el ACTA DE CONCILIACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS, se constituye en el soporte para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud, con cargo al FFDS.

V. SANEAMIENTO DE CARTERA Y SANEAMIENTO CONTABLE

La SDS desarrollará con la IPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera. El estado de cartera conciliado entre las partes, SDS-IPS, o los paz y salvos obtenidos a favor del FFDS, serán remitidos por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a la Dirección Financiera de la SDS para la respectiva

actualización o registro del movimiento contable en los estados financieros del FFDS.ⁱ

ⁱ Documento no controlado por periodo de vigencia de la Resolución Distrital 1016 de 2015.