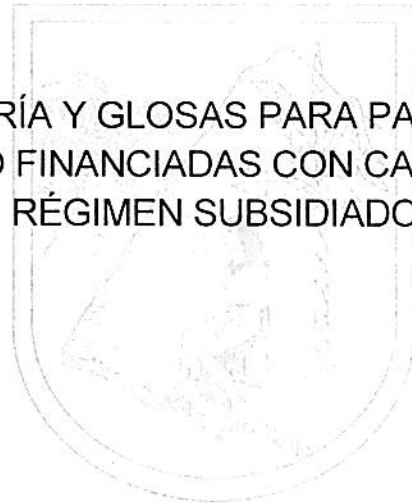




SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

MANUAL DE AUDITORÍA Y GLOSAS PARA PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON CARGO A LA UPC DEL
RÉGIMEN SUBSIDIADO



SEPTIEMBRE DE 2019



**TABLA DE CONTENIDO**

1.	PROPÓSITO	5
2.	ALCANCE	5
3.	MARCO NORMATIVO	5
4.	DEFINICIONES	8
5.	PROCESO DE AUDITORÍA	16
a.	Introducción a la Auditoría Medica Integral	16
b.	Propiedades de la información	17
6.	AUDITORÍA MÉDICA INTEGRAL	17
6.1.	RESULTADOS DEL PROCESO DE AUDITORÍA	18
6.1.1.	Aprobado.- El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:	18
6.2.	CRITERIOS DE AUDITORÍA	19
6.2.1.	Cumplimiento de los Requisitos Generales	19
6.2.2.	Cumplimiento de los Requisitos Esenciales	20
6.2.2.1.	El usuario a quien se le suministró servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado existía y le asiste el derecho	21
6.2.2.2.	Cobertura por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado	21
6.2.2.3.	Prescripción efectuada	24
6.2.2.4.	Los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, fueron efectivamente suministrados al usuario	36
7.	LEY 1955 DE 2019 SANEAMIENTO FINANCIERO DE ENTIDADES TERRITORIALES	43
8.	DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS DE AUDITORÍA DE LOS REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	47





INTRODUCCION

De conformidad con el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, las entidades territoriales departamentales deben gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta.

Por otra parte, al entrar en vigencia la Ley 1955 de 2019 adicionó SUBSECCIÓN 4 EQUIDAD EN LA SALUD, artículos del 231 al 248 y en especial el numeral 42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud - ADRES, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Y 43.2.10 de la ley 715, precisando entre las competencias de los Departamentos: "Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019".

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1479 de 2015 y la Resolución 2438 de 2018; modificada por la Resolución 3055 de 2018, por medio de las cuales se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado.

En coherencia con las normas anteriores, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia mediante Resolución S201500192975 del 27 de mayo de 2015, adoptó el modelo establecido en el Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015, para la garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios, a través de la red de prestadores de servicios de salud de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado.

El MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL, será el referente y guía para los diferentes actores del SGSSS en Antioquia, para tener claridad, consistencia y completitud en la





información y soportes que se deben utilizar para gestionar las solicitudes de cobro y recobro derivadas del suministro de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado y permitirá que la auditoría se realice en los términos y condiciones establecidas en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en coherencia con las directrices impartidas por la entidad territorial en el Departamento de Antioquia.





1. PROPÓSITO

Estandarizar los criterios para la realización de la auditoría médica integral (verificación, control y pago) de los cobros y recobros por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prescritas por el médico o profesional de la salud tratante u ordenadas por fallos de tutela, presentados ante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2438 de 2018; modificada por la Resolución 3055 de 2018 y/o en las normas que las modifique, adicionen o sustituyan.

2. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente Manual aplican a los profesionales auditores, al personal técnico, tecnólogo y auxiliar de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) y/o a la entidad o persona que se contrate para la realización de la auditoría de cuentas médicas; a las Entidades Promotoras de Salud (EPS); a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y/o a los proveedores, que suministren y facturen a la SSSA servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, y que cumpla con los criterios definidos en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019, para ser incluido en el saneamiento financiero del sector salud, para el pago definitivo de los servicios prestados al 31 de diciembre de 2019.

3. MARCO NORMATIVO

Norma	Descripción
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1753 de 2015	Plan Nacional de Desarrollo 2.014 - 2018
Ley 1955 de 2019	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

608





Norma	Descripción
	"Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Decreto Ley 019 de 2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
Decreto 705 de 2016	Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de regulación de precios de medicamentos a nivel nacional.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Resolución 5261 de 1994	Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud.
Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes beneficios sobre los servicios de salud prestados.
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Resolución 1479 de 2015	Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud suministrado a los afiliados del régimen subsidiado.
Resolución 2438 de 2018	Por medio de la cual se 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
Resolución 1343 de 2019	Por la cual se modifica el artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de cinco (5) años.
Normas de Código Único de Procedimientos en Salud	
Año 2018	Resolución 5851 de 2018 y sus anexos
	Resolución 483 de 2018
Año 2017	Resolución 5171 de 2017 y sus anexos
	Resolución 1132 de 2017 y sus anexos
Año 2016	Resolución 5975 de 2016 y sus anexos
	Resolución 1352 de 2016 y sus anexos
Año 2015	Resolución 4678 y sus anexos





Norma	Descripción
Normas del Plan de Beneficios en Salud por año	
Año 2019	Circular 017 de 2019
Año 2018	Resolución 5857 de 2018 y sus anexos
	Resolución 046 de 2018
Año 2017	Resolución 5269 de 2017 y sus anexos
	Resolución 1687 de 2017
	Resolución 374 de 2017
Año 2016	Resolución 6408 de 2016 y sus anexos
	Resolución 0001 de 2016
Año 2015	Resolución 5592 de 2015 y sus anexos
Año 2014	Resolución 5926 de 2014
Año 2013	Resolución 5521 de 2013 y sus anexos
Circulares	
Circular 03 de 2013	Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional
Circular 04 de 2016	Por la cual se incorpora un medicamento al control directo de precio con base en la metodología establecida en la Circular 03 de 2016 y se fija su Precio Máximo de Venta
Circular 07 de 2018	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones.
Circular 08 de 2018	Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018.
Circular Externa 017 de 2015 Supersalud	Por la cual se imparten instrucción respecto de la facturación de eventos o tecnologías NO PBS
Nota Eterna 201433200152233	Adopción del anexo técnico de Comparadores administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios
Nota externa 201633200309423	Adopción del concepto técnico de comparadores administrativos fase II para medicamentos no cubiertos por el plan de beneficios con cargo a la UPC
Sentencias	
1997	Sentencia SU-480
2004	Sentencia C-510
2008	Sentencia C-463
	Sentencia T-760
2014	Sentencia T-160





4. DEFINICIONES

Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): Base de datos de aportantes y afiliados plenamente identificados, que contiene la información de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes especiales y exceptuados del mismo y planes adicionales.

Cantidad autorizada: Cantidad total de servicios o tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario.

Certificación del proveedor cuando la factura incluye el tratamiento de más de un afiliado: Documento del proveedor que permita establecer que el servicio o la Tecnología en Salud que se relaciona en la factura, fue suministrada a más de un afiliado, en cuyo caso deberá identificarse con nombre o tipo y número de identificación.

Cobro: Solicitud presentada por una entidad ante el Departamento de Antioquia o quien haga sus veces, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, al igual que los servicios complementarios según corresponda, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.

Comparador administrativo: Tecnología en salud cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PBS-UPC), que las entidades cobrantes y/o recobrantes utilizarán para definir el monto a recobrar por la tecnología en salud que es objeto de recobro / cobro definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente, o tutor firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.





Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad y legibilidad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.

Dosis del medicamento: Cantidad indicada para la administración de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.

Dosis/día: Cantidad de medicamento que se administra durante 24 horas.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Enfermedades huérfanas: Son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas. Comprenden las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.

Entidad recobrante: Entidad Promotora de Salud que garantizó a sus asegurados el suministro de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan al ente territorial o quien haga sus veces, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

Epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, o de hospitalización, de acuerdo con los contenidos y características definidos en la Resolución 3374 de 2000, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

Evidencia de entrega: Prueba que permite a la entidad recobrante demostrar que el servicio o la tecnología prescrita o aprobada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada al mismo.





Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

Facturación por evento: Es la factura que se genera por la prestación de servicios de salud de todos y cada uno de los eventos que se causan en la atención del usuario. Se determinan los valores de cada uno de los servicios de manera individual (medicamentos, intervenciones, apoyo diagnóstico, hospitalización y otros); el costo total de cada paciente es diferente.

Fallo de tutela: Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado

Forma farmacéutica: Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas, entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

Fórmula u Orden médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe una tecnología en salud, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, con fines de promoción y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

Glosa: Observación, argumento u opinión, que se esgrime para no reconocer el pago total o parcial de una factura, generada por la prestación de servicios de salud por una IPS. Este concepto señala alguna deficiencia en su cobro, o determina que no se encuentra acorde con la normatividad en salud vigente al respecto o lo establecido contractualmente.





Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, que incluyendo el nombre, (genérico y/o comercial previamente autorizado) presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

Historia clínica: Es un documento legal, privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo, o cuando alguna autoridad competente lo requiera, para lo cual debe mediar solicitud oficial escrita.

Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras).

Junta de Profesionales de la Salud: Grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar una tecnología en salud o servicio complementario de soporte nutricional ambulatorio o medicamento incluido en el listado temporal de usos no incluidos en registro sanitario, prescritos por el profesional de la salud.

Medicamentos vitales no disponibles: Conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta "indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes". Adicionalmente, también incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles.

Monto Por Unidad Mínima de Concentración (Pesos): Valor que corresponde al comparador administrativo por UMC.

Multiusuarios: Se considera la entrega de medicamentos a varios usuarios a cargo de prestador de servicios que por su vínculo contractual deberán subintrar los medicamentos. Esto deberá contar con documento soporte donde se evidencie la





entrega del medicamento, servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

MYT – R: Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Prescripción y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad recobrante.

MYT– 01: Formato de presentación de solicitudes de recobro/cobro derivadas de la prescripción.

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

Número de Prescripción: Corresponde al número asignado por aplicativo MIPRES, una vez ha finalizado el diligenciamiento de la prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC o aprobada por la Junta de Profesionales de la Salud.

Objeción: Observación o argumento que se esgrime en contra de una conducta o decisión tomada, para negar su validez o señalar alguna deficiencia en su razonamiento.

Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC: Conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.

Determinación de responsabilidad de reconocimiento por parte de las entidades territoriales de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios. Las entidades territoriales deberán consultar la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA para efectos de determinar su responsabilidad en el reconocimiento de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC de los afiliados del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, en el





marco del procedimiento de verificación, control y pago de estas. Como se establece en la Resolución 2438 de 2018.

Prestación de salud única: Servicio de salud suministrado a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Prestación de salud sucesiva: Servicio de salud suministrado a un usuario en forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el que debe señalarse la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total que se autoriza.

Precio regulado: Valor establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, para algunos medicamentos con base en una metodología que establece los medicamentos que ingresan al régimen de control directo de precios.

Prestaciones no financiadas con recursos del Sistema de Salud: Tecnologías o servicios que adviertan los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya: así como las que hagan parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

Principio activo: Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

Producto biológico: Aquel que ha sido elaborado con materiales de origen biológico, tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen vegetal o animal, células o fluidos de origen humano o animal y diseños celulares (sustratos celulares, sea o no recombinantes -incluidas las células primarias) así como otros de origen biotecnología) que se obtienen a partir de una proteína o ácido-nucleico por tecnología ADN recombinante.

Profesional de la salud par: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial Si la prescripción se realiza por un sub-especialista de la medicina. Su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad. Base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que





prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.

Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra a la entidad recobrante una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.

Recobro: Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Departamento de Antioquia o quien haga sus veces hasta el 31 de diciembre de 2019, a fin de obtener el pago de cuentas ya canceladas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.

Registro de anestesia: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.

Reporte de glosa: Comunicación escrita de una objeción que se realiza a una factura.

Reporte de devolución: Comunicación escrita del no pago de la totalidad de la factura por competencia en soportes o algún otro factor que obstaculice la auditoría de la misma.

Reporte de Prescripción de Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC y Servicios Complementarios: Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales las EPS de acuerdo con sus competencias o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las IPS mediante la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud presentas que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.





Respuesta a glosa: Comunicación formal de la IPS soportando o adjuntando, Nota Crédito por algún concepto de glosa previa.

Servicio ambulatorio priorizado: Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere la prestación en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

Servicio ambulatorio no priorizado: Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario.

Soportes de las facturas de prestación de servicios: Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Soporte nutricional: Aporte de nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales de un individuo, bien sea a través de nutrición parenteral, nutrición enteral o mixta dadas sus condiciones cuando no es posible o aconsejable alimentarlo mediante la nutrición convencional.

Suministro efectivo: Entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario prescrita por profesional de la salud u ordenada mediante fallo de tutela, la cual podrá realizar la IPS u otro agente del SGSSS, conforme a las reglas y obligaciones del presente acto administrativo.

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

Tecnología en Salud: Se entiende por Tecnología en Salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico, insumo o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y





de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 6408 de 2016 o la norma que la modifique o adicione.

Unidad Mínima de Concentración (UMC): Unidad mínima de concentración del comparador administrativo: (g/ mg/ meg/ U.I., según corresponda).

Unidad de medida de la dispensación (UMD): Para efectos de la medida de comparadores administrativos, corresponde a la unidad mínima de medida en la que se dispensó el medicamento (Vial, tableta, Frasco, entre otras)

Uso: Condición en la cual se está recobrando el medicamento y se considera implícita en las indicaciones autorizadas por el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

Usos No Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS): Uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el Invima.

5. PROCESO DE AUDITORÍA

a. Introducción a la Auditoría Medica Integral

En la realización de la auditoría médica integral de acuerdo a la normatividad vigente, resulta del proceso de verificación de los requisitos esenciales de las solicitudes de recobro/cobro de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado vigente para la fecha de prestación del servicio y servicios complementarios solicitados, que son presentados por las Entidades prestadoras de Servicios de Salud, ante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, en los que se consideran aspectos clínicos y normatividad vigente aplicable.

Dichos aspectos evaluados durante la realización del procedimiento permiten establecer las condiciones que darán lugar al reconocimiento y pago de las de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado y así mismo en el momento que se logre evidenciar el incumplimiento de





dichos requisitos, dar lugar a la presentación de objeciones o glosas a los prestadores de servicios de salud.

Aunque la etapa de auditoría tiene como objeto la evaluación de requisitos esenciales, es necesario que en la misma se revisen otros requisitos que se validan en etapas previas a la de auditoría, para ratificar su cumplimiento o incumplimiento y garantizar el resultado del proceso.

En este sentido en el proceso de realización de auditoría médica integral de verificación y control de requisitos se evaluará el cumplimiento de los requisitos esenciales, los correspondientes a la entidad y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los que se derivan de prescripción del profesional, así como los ordenados por fallo de tutela, para lo cual la información allegada debe cumplir con unas condiciones y propiedades para que el resultado del proceso de comprobación sea eficiente.

b. Propiedades de la información

Para efectos de adelantar la auditoría, las entidades deben garantizar que la información de los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos sea: i) completa, ii) clara, iii) cierta, iv) oportuna, v) verificable, vi) comprensible, vii) precisa, viii) útil, ix) actualizada y x) consistente.

6. AUDITORÍA MÉDICA INTEGRAL

Auditoría integral es la etapa en la cual se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, teniendo en cuenta los ámbitos salud, jurídico y financiero.

Las solicitudes de recobro/cobro para pago surtirán las siguientes etapas de verificación y control: Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte el ente territorial

- ✓ **Etapas de radicación:** El objeto de esta etapa es presentar ante el ente territorial, los Formatos de solicitud de recobro/cobro que correspondan, los

cd





- Formatos MYT y MYTR y los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente.
- ✓ **Etapas de auditoría integral:** El objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme el manual de auditoría y procedimiento institucional.
 - ✓ **Etapas de Pago:** El objeto de esta etapa es generar el pago del recobro/cobro, conforme a los resultados obtenidos una vez a surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente.

6.1. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUDITORÍA

El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro será:

6.1.1. Aprobado.- El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:

6.1.1.1. 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.

6.1.1.2. 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.

6.1.2. Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.

6.1.3. 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.

6.1.4. Comunicación de los Resultados de Auditoría a las Entidades Recobrantes. El resultado de la auditoría integral efectuada a las





solicitudes de cobro/recobro se comunicará por el auditor designado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 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 auditoría. 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.

6.2. CRITERIOS DE AUDITORÍA

6.2.1. Cumplimiento de los Requisitos Generales

La Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) debe presentar ante la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en medio físico el formato de solicitud de recobro y/o cobro individual (MYT) y los anexos formato resumen de radicación (MYT-R). El formato radicado debe contener la firma del representante legal y del revisor fiscal (en su defecto a firma del contador Público), indicando el número de matrícula profesional con firmas originales (formato original) en los períodos de tiempo establecidos por la entidad territorial.

En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes entregarán la información al ente territorial para su custodia y conservación de la información (bodega SSSA) 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 entregados.

Verificar que el cobro y/o recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para proceder a la auditoría y posterior pago, si fuera pertinente.





Se tendrán como causales de eliminación del número de radicado asignado, las solicitudes que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan.

- Ausencia del original de la factura en el cobro y la copia original de la factura de venta o documento equivalente en el recobro.
- Ilegibilidad 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.
- 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

Si se evidencia una o varias situaciones antes mencionadas, la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, procederá anular el número de radicado asignado a cada solicitud de cobro y/o recobro, informará a la EAPB el resultado y procederá igualmente a la devolución de la documentación, en las mismas condiciones de la entrega inicial mediante oficio radicado.

6.2.2. Cumplimiento de los Requisitos Esenciales

Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que, al verificarse por parte del auditor, permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro.

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos relacionados en el presente manual, sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales definidos, Dichos requisitos esenciales son los siguientes:





6.2.2.1. El usuario a quien se le suministró servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado existía y le asiste el derecho.

Para la fecha en que se suministró de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, objeto del recobro/cobro el usuario se encontraba vivo y estaba afiliado a la entidad recobrante.

La condición (i) se evalúa con el reporte de la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC), para lo cual se toma la fecha de fallecido y se contrasta con la fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud recobrada. En el evento que la tecnología sea haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la condición (i) se evalúa con la fecha de egreso del usuario.

La condición (II) se evalúa con base en el reporte de la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA. Los datos registrados en el medio magnético del recobro/cobro deben corresponder a los registrados en la mencionada base.

Cuando los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado corresponde a un recién nacido, a un usuario en periodo de protección laboral, traslados no exitosos entre EPS y fallos de tutela que obligan a una entidad a prestar el servicio de forma expresa así no esté compensado el usuario, se aplica lo previsto en la Nota Externa No 201433200214183 emitida por el ministerio de salud.

6.2.2.2. Cobertura por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado.

La tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de recobro/cobro no se encontraba cubierta por el plan de servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado para la fecha de prestación del servicio.

Se entiende como fecha de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, lo siguiente: (I) Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia

GCR





de entrega de la tecnología, esto es, firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable acudiente o de quien recibe la tecnología en el formato dispuesto por la entidad prestadora de servicios de salud.

Cuando la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la fecha de egreso del usuario, registrada en la copia del informe de atención inicial de urgencias, del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica se debe anexar el soporte de prestación del servicio.

Para definir si una tecnología recobrada está o no incluida en el Plan de Beneficios en Salud se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

A. Procedimientos:

De acuerdo a la vigencia auditada se tendrá en cuenta la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio. Con esta información y basándose en la fecha de prestación, se verifica si el procedimiento recobrado/cobrado, hace parte del plan de beneficios.

Para establecer las coberturas de servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención" entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los anexos en las diferentes normas vigentes en cada período.

B. Medicamentos:

La cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el plan de beneficios, teniendo en cuenta que cumplan las siguientes características en su totalidad.

- Principio activo
- Concentración
- Forma farmacéutica
- Aclaración u observación, si se encuentra descrita





Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **Radiofármacos:** Son cobertura del PBS cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- **Medios de contraste:** La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos PBS.
- **Soluciones:** Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita como, por ejemplo:

Solución	Procedimiento
Cardioplejica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Visco elásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	En procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o el lavado (irrigación) de diferentes cavidades (vejiga, peritoneo)

El plan de servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Analgesia, anestesia y sedación: Se cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado.

Indicaciones autorizadas: Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

60R





En virtud de lo anterior, la presentación de recobros/cobros de insumos, materiales o dispositivos médicos por parte de las entidades serán aquellos que se encuentran descritos en las tablas de referencia en el aplicativo MIPRES, cuando aplique.

C. Dispositivos e insumos:

El desarrollo del principio de integralidad las EAPB o entidades que hagan sus veces, deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación) sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención por internación.

En caso de que la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se podrán prescribir únicamente los que se encuentran en el aplicativo, y de acuerdo a la cobertura establecida por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o los actos administrativos expedidos por el Ministerio.

6.2.2.3. Prescripción efectuada

A. Requisitos para realizar la prescripción

Que la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC.

- Que el uso, ejecución, utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos; o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.





- Que el uso, ejecución, utilización o realización en caso de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC se encuentre codificado y denominado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
- Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto en sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica.
- Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible, el diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente, según sea el caso.
- Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente de esta resolución, para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.
- Que el estado de salud del paciente sea coherente con la solicitud de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o de los servicios complementarios a prescribir y que la misma cumpla un fin de prevención, recuperación, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad o el mantenimiento de la salud o la capacidad vital o funcional de las personas.

Nota: En el evento de prescribir medicamentos vitales no disponibles que no se encuentran incluidos en el listado definido por Invima según el Decreto 481 de 2004 o la norma que lo modifique o sustituya, se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto Único 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el Invima. Una vez dicho





Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta; en todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.

B. Criterios para la prescripción.

El profesional de la salud que prescribe tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como servicios complementarios, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

- Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual dejará constancia en su historia clínica y en la herramienta tecnológica, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas y de ser necesario la evidencia científica que sustente su decisión.
- Comunicar al paciente con claridad el motivo por el cual no se utiliza la tecnología en salud cubierta como servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, así como los resultados, esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. Cuando no existan alternativas en el Plan de Beneficios para tecnologías en salud que se puedan considerar reemplazadas o sustituidas, el profesional de la salud, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica.
- En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un medicamento, este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: i) Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el Invima; ii) Hacer parte del listado temporal de usos no incluidos en el registro sanitario de que tratan los artículos 44 y 45 de la presente resolución; iii) corresponder a medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que los modifique o sustituya.





- En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los dispositivos médicos, esto es, insumos, materiales, elementos o suministros, entre otros, necesarios e insustituibles para su realización o utilización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de estos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita, que no hace parte de la financiación del mismo o correspondan a una financiación condicionada.
- En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a dispositivos médicos, como insumos, materiales, elementos o suministros, entre otros, se deberá indicar el procedimiento al que corresponde, cuando haya lugar a ello.
- Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) definida en la Resolución 5171 de 2017 o la norma que la modifique o sustituya.
- Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y conforme a los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 o la norma que los modifique o sustituya.
- De acuerdo con lo previsto en el numeral 3 de este artículo, la prescripción de medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles conforme al Decreto 481 de 2004 o la norma que modifique o sustituya, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados previa autorización del Invima.
- Para los medicamentos no financiados con recursos de la UPC se consideran armonizadas las indicaciones aprobadas por el Invima, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se considerará para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y

Gcl





que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica, por lo tanto, no será objeto para la nominación como medicamento Incluido en el listado UNIRS.

- La prescripción de medicamentos de control especial que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, debe realizarse de conformidad con la Resolución 1478 de 2006 o la norma que la modifique o sustituya. Para efectos del reporte en la herramienta tecnológica, si se requiere un medicamento de control especial por tiempo sucesivo se realizará el reporte por el tiempo que el o los profesionales de la salud tratantes indiquen, sin que se requiera transcripción mensual en la mencionada herramienta.
- Cuando se requieran para la realización de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, medicamentos con fines de analgesia, anestesia y sedación, incluyendo los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, los mismos se entenderán incluidos en dicha atención, por lo cual no será necesario diligenciar en la herramienta tecnológica prescripción alguna.
- Los radiofármacos necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear no financiados con recursos de la UPC se entienden como incluidos en el procedimiento de medicina nuclear y deberán ser parte de su costo global y no prescribirse de forma separada.
- Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un producto de soporte nutricional como alimento para propósitos médicos especiales, este deberá cumplir las siguientes condiciones: i) Estar registrado ante el Invima con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales dentro de la categoría 14.3 "Alimentos para uso especial" establecida en la Resolución 719 de 2015 o aquella norma que la modifique o sustituya, y ii) corresponder a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir,





absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.

C. Prescripción de servicios complementarios.

La Junta de Profesionales de la Salud aprobará los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud, atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

- La prescripción se realice respecto de servicios complementarios u otras tecnologías que no corresponden al ámbito de salud.
- Las IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicha herramienta tecnológica, en el módulo dispuesto para tal fin.
- Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que cuente con Junta de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
- Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que no cuente con Junta de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores, para lo cual quien efectúa la prescripción deberá aportar la información de la historia clínica para el análisis del caso.

D. Prescripciones de producto de soporte nutricional.

Cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud como productos de soporte nutricional y estos no se encuentren financiados con recursos de la UPC, dichas tecnologías deberán ser prescritas únicamente mediante la herramienta

GCR





tecnológica de que trata la presente resolución, atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

- Los profesionales de la salud médicos podrán prescribir productos de soporte nutricional mediante la herramienta tecnológica mencionada.
- Las prescripciones de productos de soporte nutricional podrán ser ordenadas por el profesional de la salud en Nutrición y Dietética, inscrito en el ReTHUS, siempre y cuando exista una prescripción médica que ordene la valoración por la mencionada profesión.
- En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito ambulatorio, serán analizados por la Junta de Profesionales de la Salud de que trata la presente resolución.
- En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene tecnologías en salud como productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito hospitalario, serán suministrados sin necesidad de aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.
- Cuando se trata de niños menores de cinco (5) años con diagnósticos (E43) Desnutrición Proteico Calórica Severa no Especificada o (E440) Desnutrición Proteico Calórica Moderada. Conforme con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y, el profesional de la salud en nutrición y dietética ordene, o el médico prescriba directamente el producto de soporte nutricional “Fórmula Terapéutica Lista para Consumir – FTLC” en el ámbito ambulatorio, será suministrado sin necesidad de aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.
- Cuando se trate de prescripciones de productos de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con: i) enfermedades huérfanas, enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas; ii) VIH; iii) cáncer en cuidado paliativo y iv) enfermedad renal crónica estadio V y v) Desnutrición proteico calórica en menores de cinco (5) años, cuyos diagnósticos se encuentran confirmados, no requerirán ser analizados por la Junta de Profesionales de la Salud.





E. Prescripciones en el ámbito de atención ambulatoria.

Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como servicios complementarios en el ámbito de atención ambulatoria, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- La prescripción podrá efectuarse por primera vez hasta por un término máximo de tres (3) meses y a partir de allí, el profesional de la salud tratante determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o el servicio complementario, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.
- Tratándose de pacientes, respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad de la prescripción de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario.
- Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por la herramienta tecnológica de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud tratante, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.
- Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prescritas de forma ambulatoria, pero cuyo suministro debe realizarse de forma hospitalaria, podrá diligenciarse la solicitud en la herramienta tecnológica como servicio ambulatorio tanto priorizado como no priorizado.
- Una vez la EPS o la entidad territorial, de conformidad con el modelo de gestión de garantía de suministro adoptado, en virtud de la establecido por la

602





Resolución 1479 de 2015, informe la fecha y lugar para recibir el suministro efectivo, el usuario dispondrá de quince (15) días calendario cuando se trate de servicio ambulatorio priorizado; de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio de los medicamentos y, noventa (90) días calendario en el caso de procedimientos.

- La EPS o la entidad territorial, según sea el caso, deberá informar oportunamente a sus usuarios los datos ya mencionados acerca del prestador o proveedor asignado para el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como de los servicios complementarios, de lo contrario, no aplicarán los términos aquí previstos para reclamar la tecnología en salud o servicio requerido.

F. Prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria.

Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios en el ámbito hospitalario de atención, sea de internación, domiciliario o urgencias, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- En casos de urgencia vital, la prescripción de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios podrá efectuarse en la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio de forma posterior a la prestación de los servicios, durante las doce (12) horas siguientes a la atención y hasta el momento del egreso del paciente.
- En caso de servicios hospitalarios con internación en institución o domiciliaria, la prescripción se podrá registrar en la herramienta tecnológica, durante la internación y hasta la fecha del egreso. En caso de que se presenten excedentes en cuanto a las cantidades prescritas por el profesional de la salud, la evidencia de entrega para efectos del cobro ante la entidad territorial, se realizará contra lo efectivamente suministrado y facturado.
- Sin perjuicio de lo establecido en el numeral anterior del presente artículo, el profesional de la salud deberá conforme a la normatividad vigente





registrar en la historia clínica, el plan de tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.

- Cuando se trate de prescripciones para el egreso hospitalario, se debe tener en cuenta lo siguiente: i) si corresponde a prescripciones necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento posterior al egreso hospitalario, el profesional de la salud deberá seleccionar el ámbito ambulatorio priorizado en la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución y podrá generar la solicitud hasta por un mes de tratamiento; ii) si un usuario requiere continuar tratamiento en hospitalización domiciliaria, el profesional de la salud tratante de la IPS que efectúa el egreso deberá seleccionar el ámbito de atención hospitalario-domiciliario para generar el plan de manejo de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin; iii) Cuando se requiera ajustar o cambiar el plan de manejo en el ámbito de atención domiciliaria, corresponderá a los profesionales de la salud de la IPS domiciliaria, la prescripción en la herramienta tecnológica.
- Cuando la IPS no haga parte de la red de prestadores de la EPS y se requiera atención de urgencias e incluso se defina la hospitalización del usuario, se podrá utilizar el ámbito de atención de urgencias desde el ingreso hasta el egreso hospitalario, siempre y cuando se informe y sea autorizado por la EPS o la entidad territorial tal condición, en los términos estipulados para dicho reporte, so pena de incurrir en omisión a la obligación de reportar la información.

Cuando se trate de prescripción realizada por el profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela, el cumplimiento de este requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante, así:

G. Profesional de la salud.

Utilización del formulario de contingencia. Este será equivalente a la orden o fórmula médica y está dado para cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibiliten el acceso a la herramienta tecnológica:



GR



1. Dificultades técnicas.
2. Ausencia de servicio eléctrico.
3. Falta de conectividad.
4. Inconsistencias de afiliación o identificación.

Asimismo, no podrá diligenciarse para solicitar tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios diferentes a las señaladas en la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio.

Es importante tener en cuenta cuando haya solicitudes de anulación de la prescripción por parte del médico tratante y por cualquier circunstancia se le suministró la tecnología al paciente, corresponderá a esta entidad territorial en el proceso de la auditoría, realizar la respectiva glosa. Lo anterior teniendo en cuenta que la EPS del asegurado es la responsable de verificar la efectiva anulación y de comunicar al profesional de la salud el resultado del trámite.

H. Ordenado por fallos de tutela

Fallo de tutela en donde se evidencia nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología, con el respectivo número de la prescripción por la entidad-recobrante en el MYT (excel o TXT), en el campo destinado para tal fin; ii) 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; cuando son servicios complementarios derivados de fallos de tutela explícitos o integrales, se debe tener especial atención de que lo suministrado al paciente si corresponda a la tecnología solicitada e indicada para la patología específica tutelada, en caso contrario se le asignara su respectiva glosa.

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 (Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y 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.





Las entidades que presenten facturación no deben presentar recobros/cobros derivados de prescripciones con estado anulado, en todo caso, el profesional de auditoría verificará el estado de las prescripciones de los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes, en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social o quien haga sus veces como insumo para efectuar la auditoría integral; cuando las mismas se encuentren con estado anulado, se interpondrá la glosa pertinente.

Las entidades recobrantes presentarán los recobros/cobros de prescripciones de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC, de conformidad con los requisitos exigidos en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019

El profesional que realiza la auditoría deberá verificar el estado de las prescripciones de los recobros/cobros presentados por las entidades, en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social o quien haga sus veces como insumo para efectuar la auditoría integral, de conformidad con los requisitos exigidos en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019

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 trascripciones por contingencia. El profesional de auditoría verificará la fecha de prescripción contra la fecha de suministro efectivo del servicio o tecnología en salud recobrada, en caso de que se presente alguna inconsistencia y estos recobros/cobros no correspondan a los condicionamientos mencionados.

Para la validación de la indicación o uso INVIMA, las entidades y el profesional de auditoría debe tener en cuenta, lo siguiente: En virtud de lo establecido en el numeral 9 del artículo 3 de la Resolución 532 de 2017, para validar la indicación registrada en el INVIMA de los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se considerarán las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se contemplará para todos los medicamentos con diferente registro





sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica. El auditor deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos del cobro y recobros que permitan dar conexidad entre el diagnóstico, la justificación de la prescripción, el servicio y/o tecnología suministrada y la indicación registrada en el INVIMA.

6.2.2.4. Los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, fueron efectivamente suministrados al usuario

En este ítem se debe verificar:

1. Soporte que evidencia su entrega efectiva al paciente.
2. Facturación del proveedor del servicio.

Evidencia de entrega en servicios ambulatorios: Firma o número de identificación del: i) paciente, ii) representante del paciente, iii) responsable del paciente, iv) acudiente del paciente o v) de quien recibe la tecnología, registrada en alguno de los siguientes documentos: i) factura de venta, ii) documento equivalente a la factura, iii) autorización de servicios, iv) fórmula médica, v) orden médica, vi) certificación del prestador, o vii) formato diseñado por la entidad recobrante.

Respecto a la primera condición (I) evidencia de entrega de la tecnología al usuario, se debe tener en cuenta:

Ámbito ambulatorio: debe tener firma de recibido y número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en el formato diseñado para tal efecto por el prestador del servicio.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia del suministro de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado:

- ✓ Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas.
- ✓ Notas de enfermería





- ✓ En caso de prestación de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, cuando el usuario se encuentra en Home Care o atención domiciliaria, las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos, que cumplan con lo definido en la norma.
- ✓ En servicio de transporte (ambulancia o especial), la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- ✓ Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, en la cual se identifique al paciente, el servicio y tecnología en salud financiada con cargo a la UPC del régimen subsidiado suministrada y la fecha de prestación. La nota debe estar debidamente firmada por el responsable.

Atención inicial de urgencias:

- ✓ Copia del informe de atención inicial de urgencias debidamente diligenciado.
- ✓ Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas.
- ✓ En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

Atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria:

Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. Se acepta la presentación de los siguientes soportes:

- Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, que los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado suministrados, tengan la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio y responsable del mismo.

En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

6cf





- Respecto a la segunda condición la facturación del proveedor del servicio, se requiere la Factura de venta original para el cobro y copia original para el recobro, dicho soporte debe identificar:
- Nombre, identificación del afiliado al cual se suministró de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado
- Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado
- Para el caso del recobro la EAPB debe registrar en la factura los números de la totalidad objeto de recobro con el valor específico de cada factura.
- Constancia de pago de la factura recobrada por parte de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

Así mismo verificar que al paciente se le haya garantizado el suministro efectivo de la tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios sin trámites adicionales.

6.2.2.5. El reconocimiento y pago corresponde al Ente territorial y se presenta por una única vez.

Los soportes allegados evidencian que el reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado (I) corresponde al Ente Territorial y por lo tanto su pago se (II) realiza por una única vez.

Respecto a la primera condición (I), se tiene como criterio que los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado suministrada a usuarios del Régimen Subsidiado se reconocen y pagan con cargo al Ente Territorial.

Para el efecto, se evalúa que el usuario pertenezca a éste Régimen mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.





Frente a la condición (II) de este requisito, el reconocimiento y pago de un ítem, se realiza siempre y cuando el Ente Territorial no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

6.2.2.6. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente

Respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos: los documentos allegados y los datos registrados en los mismos, evidencian el cumplimiento de los requisitos esenciales previstos en este Manual y son consistentes respecto al usuario, la tecnología en salud y las fechas establecidas, es decir:

- i) Al realizar la lectura transversal de la copia de la orden y/o fórmula médica, de la prescripción o fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que la descripción de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado y el nombre o identificación del usuario es consistente.
- ii) Al realizar la lectura transversal de la copia de la orden y/o fórmula médica, de la prescripción o fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que el proceso de prescripción, prestación/entrega y facturación se desarrolló de manera cronológica, excepto en los siguientes eventos:

En casos de urgencia vital, la prescripción de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios podrá efectuarse en la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio de forma posterior a la prestación de los servicios, durante las doce (12) horas siguientes a la atención y hasta el momento del egreso del paciente.

GCR





Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado requeridas por las víctimas que trata el artículo 3o de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley: en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción sea como máximo 12 horas siguientes a la atención.

Cuando la compra de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado se haya realizado al por mayor: En este caso, la fecha de emisión de la factura o documento equivalente, podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado.

6.2.2.7. El valor facturado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente.

En este caso, las entidades deben presentar la solicitud debidamente liquidada, previendo los descuentos que estipula la norma, incluyendo cuota de recuperación y sustituto.

Para efectuar la reliquidación de los valores, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

A. Cantidades

- Las cantidades prescritas u ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado.
- Cuando se trate de tecnologías en salud cuya cobertura en el PBS-UPC esté limitada a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

B. Valores regulados o coberturas del PBS-UPC

- Cuando se trate de medicamentos o dispositivos médicos se valida si la tarifa se encuentra regulada por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.





- Se verifica si la tecnología en salud tiene definido un comparador administrativo.
- Se verifica si la tecnología en salud a tiene un reemplazo o sustituto en el Plan de beneficios de Salud.

C. Cálculos específicos

Los valores que se tienen en cuenta para realizar los respectivos cálculos de reliquidación son los siguientes, de acuerdo con los casos que se enuncian, así:

- Medicamentos que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prescritos u ordenados por fallos de tutela: diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).
- Medicamentos que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescritos u ordenados por fallos de tutela que tienen establecido un comparador administrativo: diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.
- Procedimientos de salud que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prescritos u ordenados por fallos de tutela: valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.
- Procedimientos de salud incluidos en el PBS-UPC, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, prescritos u ordenados por fallos de tutela: cuando el procedimiento de salud está incluido en el PBS-UPC, pero se realiza con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, los valores a tener en cuenta para efectos de la reliquidación corresponden a 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 incluido en el PBS-UPC. Para el cálculo de los valores

Gd





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

- Medicamentos y dispositivos que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente: cuando se establezcan precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, se 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-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.
- Medicamentos y dispositivos que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, con un valor facturado menor que el establecido: 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, se reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos.
- Tecnología en salud que corresponden a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado con un valor 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.





- Insumos y dispositivos médicos: solo se reconocerán los excedentes que estén condicionados a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se facturen de manera independiente, salvo los definidos en el Plan de Beneficios en (PBS-UPC) o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. LEY 1955 DE 2019 SANEAMIENTO FINANCIERO DE ENTIDADES TERRITORIALES

MANUAL DE REQUISITOS ESENCIALES para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, se aplicaran los criterios establecidos en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019.

Para efectos de lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán cumplirse las siguientes reglas:

1. Para determinar las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, se adelantará el proceso de auditoría que permita determinar si es procedente el pago.
2. En este proceso se verificará que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC hayan sido prescritas por parte de un profesional de la salud u ordenados mediante un fallo de tutela facturadas por el prestador o proveedor y suministradas al usuario, para lo cual deberán acogerse a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019.

"d) Que hayan sido prescritos a quien le asistía el derecho, por un profesional de la salud o mediante un fallo de tutela, facturadas por el prestador o proveedor y suministradas al usuario. Para demostrar el cumplimiento de este requisito se podrán utilizar los medios de prueba establecidos en el Código General del Proceso que sean conducentes y pertinentes

608





para acreditar la efectiva prestación del servicio, de acuerdo a la reglamentación que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.”

3. En caso de no tener regulado el proceso de auditoría para el pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, podrá aplicarse analógicamente lo establecido para el régimen contributivo.
4. No serán objeto de saneamiento las obligaciones caducadas o prescritas, aquellas que correspondan a insumos recobrados sin observancia del principio de integralidad, los cobros o recobros que se encuentren involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales, ni los servicios y tecnologías en salud en los que se advierta alguno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

“Artículo 15 Ley 1751 de 2015. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior. Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente ...”

5. Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del





Ministerio de Salud y Protección Social, los recobros por dichos servicios y tecnologías deberán ser radicadas por la Entidad Promotora de Salud ante la entidad territorial, siempre y cuando no hayan prescrito ni caducado, para lo cual tendrán un plazo máximo de nueve (9) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

6. Cuando se trate de servicios prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los cobros por servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC deberán reconocerse a través de los modelos establecidos en el capítulo I y II de la mencionada resolución. Para ello, las Entidades Promotoras de Salud tendrán que trasladar todas las facturas a la entidad territorial, antes del 31 de diciembre de 2019, so pena de entenderse subrogadas en la posición de la entidad territorial.
7. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley y hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán ser cobrados o recobrados a las entidades territoriales dentro de los seis (6) meses siguientes a su prestación. De lo contrario, no podrán ser objeto del saneamiento dispuesto en este artículo.
8. En los eventos en que se hubieren prestado los servicios con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 1753 de 2015, la solicitud de pago se haya presentado dentro de los términos a que hace referencia el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.

*"Artículo 73 de la Ley 1753 de 2015. **Procesos de Recobros, Reclamaciones y Reconocimiento y Giro de Recursos del Aseguramiento en Salud.** Los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en Salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas:*

Tratándose de recobros y reclamaciones:

- a. *El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga.*

642





- b. *El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) o quien este designe.*
- c. *En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, solo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo.*

Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna."

- 9. Para la cofinanciación por parte de la Nación, se deberán cumplir las siguientes condiciones:
 - a. Agotamiento de las fuentes de financiación con las que cuenta la entidad territorial para el pago de estas obligaciones.
 - b. Suscripción por parte de la entidad territorial del contrato de transacción con la entidad acreedora que incluya como mínimo:
 - 1. La renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada.
 - 2. La obligación de la entidad territorial y la entidad que está realizando el recobro de revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control.
 - 3. La renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente





de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo.

- c. Que el representante legal de la Entidad Territorial certifique los montos resultantes.
10. Los beneficiarios, cuando tengan deudas asociadas a la prestación de servicios y tecnologías no financiados con la UPC del régimen subsidiado, cederán su titularidad a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que hayan prestado o suministrado dichos servicios, tales como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, quienes a su vez priorizarán las deudas laborales, en caso de tenerlas. Como requisito para la cesión de su titularidad, las EPS deberán acreditar haber surtido la conciliación de las cuentas a pagar.
11. Que no se trate de insumos que no observen el principio de integralidad.

8. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS DE AUDITORÍA DE LOS REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

CRITERIO DE AUDITORÍA	
El usuario le existe y le asiste el derecho	
3001	El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.
3002	El usuario se encuentra reportado en régimen contributivo, excepción o es régimen subsidiado de Antioquia o población PPNA
3101	El usuario se encuentra reportado fallecido en la base de datos de la Registradora Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio
3102	Asunto que será AVALADO por el GESIS en sistemas de información que hace la verificación
La tecnología en salud suministrada no está incluida en el Plan de Beneficios en Salud	
3201	La tecnología en salud se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios en Salud para la fecha de prestación del servicio.
3202	El insumo se encuentra cubierto por el Plan de Beneficios en Salud para la fecha de prestación del servicio y no se encuentra dentro de las coberturas

SCR





	establecidas del Plan de Beneficios en Salud.
3203	Los valores son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo incluido en el Plan de Beneficios en Salud y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación
Los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, fueron prescritos por el médico tratante del usuario	
3301	La prescripción de servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, no cumple con los requisitos del Decreto 2200 de 2005.
3302	La prescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) no cumple con el mínimo establecido para su verificación.
El fallo de tutela y/o sus anexos se aporta(n), o contiene(n) la información requerida	
3501	El fallo de tutela no identifica la entidad
3502	La tecnología en salud no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
3503	La tecnología en salud no se encuentra identificada en el fallo de tutela y no adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
3504	El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada y/o no se encuentra debidamente firmado.
3505	El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no identifica el comparador administrativo del medicamento
3506	La tecnología en salud no se encuentra identificada en el fallo de tutela y no adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
3507	El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada y/o no se encuentra debidamente firmado.





3508	El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no identifica el comparador administrativo del medicamento
Los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado fueron efectivamente suministrados al usuario	
Evidencia la entrega de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado	
3601	La entidad no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado.
3602	La entidad no aporta el documento con la firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden, certificación del proveedor o formato diseñado para tal fin.
3603	La entidad no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología.
3604	La entidad no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología.
3605	La evidencia de entrega no es legible
La factura de venta o documento equivalente se aporta o contiene la información requerida	
3701	La entidad no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud
3702	La factura de venta o documento equivalente no es legible
3703	La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no está completa
3704	La factura No. () no incluye el detalle de cargos de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, expedido por el proveedor y no se anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle
3705	La factura No. () incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación.
3706	La factura No. () Incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió (eron) los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado y no se anexa

60R





	certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrada el servicio y tecnología en salud financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado y la factura a la cual se imputa este servicio o tecnología.
3707	La entidad no anexa la copia de la declaración de importación
3708	La entidad no anexa la copia de la declaración andina de valor
3709	La entidad no anexa la copia de la factura del agente aduanero
3710	No aporta la certificación firmada por el representante legal de la entidad en la que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de , el afiliado y la cantidad
3711	No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
3712	La factura No. () no contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación Familiar cuando se suministra el servicio y tecnología en salud financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado a su programa de EPS.
3713	La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica
El reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, corresponde al Ente Territorial y se presenta por una única vez	
3805	La tecnología recobrada objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela o tratándose de fallos de tutela integrales no se adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
La tecnología en salud NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por el Ente territorial	
3901	La tecnología en salud objeto fue radicada dos veces en el mismo paquete. Se anulan los radicados No. ()
3902	La tecnología en salud objeto fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No.()
3903	La tecnología en salud objeto ha sido pagada con anterioridad por el ET en el No.() correspondiente al paquete ()
Los datos registrados en los documentos que soportan, son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas	





4101	La tecnología en salud autorizada por el médico tratante, ordenada por fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde con la facturada
4102	La tecnología en salud autorizada por el médico tratante, ordenada por fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde con la suministrada
4103	La tecnología en salud entregada no corresponde con la prescrita por el profesional de la salud tratante.
4104	El usuario contenido en la prescripción de médico tratante, fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente
4105	El usuario atendido, no corresponde con el registrado en la prescripción médica
4106	El usuario contenido en el fallo de tutela, no corresponde con el registrado en la prescripción médica o en el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo
El valor facturado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente	
4201	El valor facturado es mayor al valor liquidado
4202	Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad de la tecnología en salud ordenada por el médico tratante o autorizada por el fallo de tutela, se glosa la diferencia.
4203	Se reconoce () unidades correspondientes a los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, las demás unidades se glosan dado que están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud.
4204	El valor del medicamento o dispositivo médico es superior al valor establecido en la Circular No. (), por lo tanto, se glosa la diferencia.
4205	El valor de la tecnología en salud, es mayor al valor máximo establecido, por lo tanto, se glosa la diferencia.
4206	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4207	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del procedimiento presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.

6CR





4208	El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4209	El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
4210	Los valores son superiores al 50% del valor facturado por el proveedor cuando la tecnología en salud o servicio no fue tramitado por el médico tratante de la entidad y fue ordenado mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011.
4211	Los valores son superiores al 85% del valor facturado por el proveedor cuando la tecnología en salud o servicio no fue aprobada por el médico tratante de la entidad y fue ordenado mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011.
Los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado fue autorizada (MIPRES)	
4301	El número de prescripción de la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones
4302	El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO en el reporte del consolidado de prescripciones.
4303	No tiene justificación, o la misma tiene textos incomprensibles o caracteres ilegibles
4304	La justificación médica de la decisión adoptada no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología prescrita
4305	La fecha de prescripción en MIPRES es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud, no se trata de una prescripción en el ámbito hospitalario, no es una urgencia manifiesta, no es un usuario víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, no es un medicamento de urgencia clínica, no es una prescripción de estudio pretrasplante de donantes no efectivos, ni es una prescripción derivada de transcripción por contingencia
4306	El concepto del médico tratante registrado en el aplicativo es NO APROBADO, o en su defecto no tiene concepto
4307	No aporta la prescripción del médico tratante en la salud.
4308	La prescripción del médico tratante de la salud No () no es ilegible
4309	La prescripción del médico tratante no contiene uno o más de los requisitos mínimos establecidos en el artículo 11 de la Resolución 532 de 2017 el cual modificó el artículo 25 de la Resolución 3951 de 2016
4310	La prescripción del médico tratante de la salud no fue suscrita por médico, en caso de medicamentos del listado UNIRS y sociedades científicas
4311	La tecnología recobrada corresponde a un medicamento del listado UNIRS o Sociedades Científicas y la entidad recobrante no aporta el consentimiento informado debidamente firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante





PIENSA EN GRANDE

4312	La indicación del medicamento prescrito no está registrada ante el INVIMA
4313	La tecnología en salud recobrada presenta alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS
AVAL DE PAGO	
4401	El GESIS de sistemas de información AVALARA con su firma la verificación de derechos en bases de datos
4402	EL AUDITOR en salud AVALARA con su firma la procedencia técnica del pago

Liliam Gabriela Cano Ramirez

LILIAM GABRIELA CANO RAMIREZ

Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Proyectó:	J. Arturo Turizo Ortiz Profesional Universitaria, Ctto UdeA-SSSA	<i>[Handwritten Signature]</i>	25-09-2019
Revisó:	Carlos Mario Aristizabal Zuluaga PU – Calidad y Red de Servicios	<i>[Handwritten Signature]</i>	25-09-2019
Aprobó	Cesar Mauricio Ruiz Chaverra Director Atención a las Personas	<i>[Handwritten Signature]</i>	25-09-2019

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma



