



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

**GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO
SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD**



Gobernación del Quindío



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS
RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL
DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

Fuente de Referencia: Manual de Auditoría Integral de Recobros por Tecnologías en Salud No Incluidas en el Plan De Beneficios, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ, FEBRERO DE 2015

**Noviembre de 2016
Departamento del Quindío**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

TABLA DE CONTENIDO

1. PROPÓSITO.....	3
2. ALCANCE.....	4
3. DOCUMENTOS DEL SIGIA SOCIADOS AL MANUAL.....	5
4. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS.....	6
5. DEFINICIONES.....	15
6. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL”.....	28
6.1. Características de la información.....	28
6.2. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantas.....	30
6.3. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros.....	32
6.4. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el plan obligatorio de salud.....	36
7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS ORIGINADOS EN APROBACIONES DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA.....	73
8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LA ENTIDAD RECOBRANTE.....	74



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

1. PROPÓSITO

El proceso de verificación y control para el pago de las solicitudes de recobro ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío está integrado por las etapas de pre radicación, radicación, pre auditoría y auditoría integral, de conformidad con la Resolución 5395 de 2013. Desde esta perspectiva, el presente documento corresponde a la descripción de los parámetros que serán objeto de evaluación en la denominada “Etapa de Auditoría Integral” establecida en el Capítulo IV de la mencionada Resolución.

La auditoría integral, corresponde a la etapa del proceso en donde se revisan las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes, considerando tres aspectos a saber: técnico-médico, jurídico y financiero; los cuales se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que permita el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud NO POS. Por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos, da como resultado la aplicación de una glosa.

En este sentido, el propósito fundamental de este documento es estandarizar los criterios de verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en la Resolución 5395 de 2013, de los recobros presentados ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío, por tecnologías en salud NO POS, en el aspecto técnico-médico, jurídico y financiero, señalados por las normas vigentes e instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y describir los lineamientos técnicos que servirán de base en la etapa de auditoría integral con el fin de obtener los resultados esperados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en especial las entidades recobrantes, en los tiempos y con la calidad que se requiere, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

Es importante precisar, que el éxito del proceso de auditoría integral se encuentra ligado de manera directa a la responsabilidad que le asiste a las entidades recobrantes, en relación a la veracidad, claridad, consistencia y precisión de la información que se radica en las solicitudes, así como que estas se realicen dentro de los términos y condiciones que se indican en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para obtener los mejores resultados en el proceso de reconocimiento y pago de tecnologías en salud NO POS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS REEMBOLSOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

2. OBJETO

El presente documento tiene como objeto describir, homologar y estandarizar el procedimiento de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios en la auditoría integral de cobros y cobros por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que sean provistos por los prestadores de Servicios de Salud por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud en el Departamento del Quindío por medio de Comité Técnico Científico y Fallos de tutela.

Lo anterior se enmarca en las normas vigentes, especialmente en las Resoluciones 5395 de 2013 y 1479 de 2015.

La Secretaría de Salud Departamental del Quindío adoptó el modelo II integralmente establecido en el título Resolución Número 1479 de 2015: "GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD A TRAVÉS DE ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE TIENEN AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD", mediante la Resolución 1365 y expide el presente documento en virtud del cumplimiento de dicho mecanismo.

Este procedimiento estará sujeto a evaluaciones periódicas para realizar los ajustes necesarios.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

3. ALCANCE

El presente manual está dirigido y su contenido aplica a los siguientes actores:

- 1) Firmas responsables de la auditoría integral de los cobros, contratada por la Secretaría. El presente procedimiento está dirigido y su contenido aplica a los siguientes actores:
- 2) Responsable de la Auditoría Integral de las solicitudes de pago: encargado de realizar el proceso de auditoría a las solicitudes de pago presentadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, en los ámbitos administrativo, técnico, médico, jurídico y financiero.
- 3) Instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de tecnologías sin cobertura en el POS: Persona natural o jurídica que suministra tecnologías sin cobertura en salud, por solicitud de las Entidades Administradoras de planes de beneficios.
- 4) Entidades Administradoras de Planes de Beneficios: Entidad responsable de garantizar a sus afiliados la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud y posteriormente adelantar el proceso de cobros de solicitud de pago a sus proveedores, según corresponda, ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, dentro de los parámetros establecidos y con la responsabilidad que le asiste en relación a la claridad, veracidad, consistencia y precisión de la información presentada en las solicitudes, así como que éstas se realicen dentro de los términos y condiciones establecidas.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

4. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC), que garanticen a sus afiliados del régimen subsidiado, la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS y soliciten a la Secretaría de Salud Departamental del Quindío el recobro del pago a los proveedores de dichos servicios y tecnologías, según corresponda y a aquellas entidades diferentes a las mencionadas que amparadas en un fallo judicial deban solicitar el pago a la Secretaría de Salud Departamental del Quindío de los servicios prestados y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de tecnologías sin cobertura en el POS.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

5. **NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS**

Leyes

No. LEY	ASUNTO
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 1393 de 2010	Por la cual se definen las rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones
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 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones
Ley 1608 de 2013	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud

Decretos

No. DECRETO	ASUNTO
Decreto 1283 de 1996	Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 806 de 1998	Precisa temas de atención NO POS-S (Art. 30 y 31)
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
Decreto Ley 1281 de 2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación
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



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

No. DECRETO

ASUNTO

Decreto 1716 de 2009	Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001
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 1865 de 2012	Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012

Resoluciones

No. RESOLUCIÓN

ASUNTO

Resolución 5261 de 1994	Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias-Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
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 de beneficios sobre los servicios de salud prestados
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para la interrupción voluntaria del embarazo
Resolución 3442 de 2006	Guías para la atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 769 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
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 2977 de 2012	Por la cual se definen los términos, requisitos, formatos y períodos de radicación de que trata el artículo 5° del Decreto número 1865 de 2012
Resolución 3778 de 2013	Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012, modificada por la Resolución número 4251 de 2012 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5395 de 2013	Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y se dictan otras disposiciones
Resolución 5521 de 2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
Resolución 5926 de 2014	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la Resolución 5521 de 2013



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS REEMBOLSOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO: **VERSIÓN:** 001 **FECHA:** Diciembre de 2016

Resolución 3435 de 2016 Por la cual se modifican los artículos 16, 26, 34 y 38 de la Resolución 5395 del 2013

Resolución 3951 de 2016 Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones

Acuerdos

No. ACUERDO	ASUNTO
Acuerdo 008 de 1994-CNSS	Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Acuerdo 72 de 1997	Por el cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado
Acuerdo 74 de 1997	Por el cual se adiciona el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado
Acuerdo 228 de 2002	Por el cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones
Acuerdo 226 de 2002	Por el cual se incluye el uso de una tecnología dentro de las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud/Servicios de Radioterapia con Acelerador lineal para la teleterapia con fotones
Acuerdo 236 de 2002	Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
Acuerdos 254 de 2003	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones/Carga viral para VIH y Stent coronario no recubierto (Inclusión)
Acuerdo 259 de 2004	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones/Carga viral para VIH y Stent coronario no recubierto (Inclusión)
Acuerdo 260 de 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 263 de 2004	Por el cual se da cumplimiento al fallo proferido por el Consejo de Estado, Sala del Contencioso Administrativo, Sección Tercera, dentro del expediente AP 2212.
Acuerdo 282 de 2004	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 289 de 2005	Por el cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO: **VERSIÓN:** 001 **FECHA:** Diciembre de 2016

No. ACUERDO

ASUNTO

Acuerdo 302 de 2005	Por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado/ Mallas para hernioplastia (Inclusión)
Acuerdo 306 de 2005	Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 313 de 2005	Por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado/ Colecistectomía laparoscópica (Inclusión)
Acuerdo 336 de 2006	Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 350 de 2006	Por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria de embarazo.
Acuerdo 368 de 2007	Por medio del cual se incluye un medicamento en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud/ Inclusión medicamento Lopinavir+ Ritonavir tabletas
Acuerdo 380 de 2007	Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se corrigen aclarar y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 014 de 2010 de la CRES	Por el cual se corrigen algunos errores en el Acuerdo 008 de 2009
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Por el cual se realizan algunas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 029 de 2011 de CRES	Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclarar y actualizan integralmente el Plan Obligatorio de Salud

Circulares

No. Circular

ASUNTO

Circular Externa 094 de 2004	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo
Circular Externa 010 de 2006	Instrucción sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

Circular1de2012CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.
Circular3de2012CNPMSM	Por la cual se modifica parcialmente la Circular número 01 de 2012.
Circular04de2012CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.
Circular001de2013CNPMSM	Por la cual se aclara el sentido, interpretación y alcance del artículo 2° de la Circular No. 01 del 14 de abril de 2010 de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
Circular002de2013CNPMSM	Por la cual se amplía el plazo para el desarrollo de la metodología según lo establecido en el artículo 8 de la Circular 002 de 2011, modificado por el artículo 8 de la Circular 01 de 2012.
Circular003de2013CNPMSM	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
Circular004de2013CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control confunde en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio nacional
Circular005de2013CNPMSM	Por la cual se modifica la Circular 04 de 2013
Circular006de2013CNPMSM	Por la cual se incorpora al régimen de control directo el medicamento KALETRA el cual contiene los principios activos Lopinavir y Ritonavir
Circular007de2013CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo confunde en la metodología de la Circular 003 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio máximo de venta
Circular001de2014CNPMSM	Por la cual se incorporan medicamentos al régimen de control directo confunde en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio máximo de venta, se modifica la Circular 07 de 2013 y se dictan otras disposiciones.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

Circular 34 de 2014	Auditoría Concurrente Unión Temporal FOSYGA 2014 dirigida a Entidades reclamantes y reclamantes instituciones prestadoras de salud, proveedores de tecnología en salud, personas jurídicas, personas naturales y demás entidades involucradas en el proceso de cobros y reclamaciones ante el FOSYGA.
Circular 1 de 2015 CNPMDM	Por la cual se interviene en los mercados de dispositivos médicos, se establece un régimen de libertad vigilada para estos productos y se someten a un estent coronario a control directo.

Notas Externas

No. Nota Externa

ASUNTO

217247 de 2012	Conciliaciones prejudiciales e instructivos para la presentación de cobros y reclamaciones entrante de conciliación prejudicial.
20143320060543	Remisión de información reintegrada de recursos por concepto de Cobros por Prestaciones en salud NO POS de reclamaciones ECAT- Resolución 3361 de 2013.
201433200014303	Resolución 5395 de 2013 Formatos y anexos técnicos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.
201433200214183	Preradicación de solicitudes de cobros con excepciones de validación de BDU A.
201433200296233	Período de radicación de divergencias recurrentes exclusiones del POS y Prestaciones No Financiadas con Recursos del SGSSS.
201433200296573	Período de radicación de divergencias recurrentes.
201433200325243	Período de radicación de divergencias recurrentes.
201433200208153	Conciliación de etapas de preradicación y radicación del proceso ordinario (MYT 01-02) de Cobros.
201433200179423	Precisiones Resolución 5395 de 2013.
201433200170103	Validaciones excepcionales BDU A radicación mes de julio de 2014.
201433200152233	Adopción del anexo técnico de Comparadores Administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios.
201433100142683	Orden médica en cobros originados en tutelas.
201433210469851	Ajuste estructura de datos para presentación económica al FOSYGA.
201433200207053	Período de Aplicación Nota Externa MYT 04201433200190093 del 1 de agosto de 2014.
201433200190093	Formatos para la presentación de objeción a los resultados de Auditoría integral - Art. 31 de la Resolución 5395.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

- 201433200100153 Divergencias recurrentes.
201433200083073 Periodo de radicación de divergencias recurrentes.
201433200140123 Periodo de radicación de divergencias recurrentes.
Lineamientos y criterios técnicos respecto a exclusiones del POS y
201433200296523 prestaciones que no pueden ser financiadas con recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
201533200002583 Giro previo de divergencias recurrentes Resolución 5648 de 2014.
201433200179423 Firmas válidas en acta de comité técnico científico individual y consolidada

Instrucciones

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
12100-212	Términos de presentación de recobros Resolución 2933 de 2006	29/01/2007
12100-5197	Tratamiento contable procedimiento recobros y reclamaciones- Contaduría General de la Nación	16/09/2008
7650	Respecto del POS para el factor Recombinante de sacarosa (Kogenate F5) POS NO POS	26/12/2008
3377	Validación al proceso de recobros y reclamaciones	13/07/2009
12100-5820	Cumplimiento de fallos de tutela en relación con el régimen subsidiado	20/11/2009
12100-5836	Aplicación de la extensión de competencias del Comité Técnico Científico en cumplimiento de la sentencia C-463 DE 2008	23/11/2009
199824	Autorización de servicios en Salud por CT expresamente excluidos del POS	15/07/2010
4689	Aplicación de la Resolución 4377 de 2010	06/01/2011
8457	Aclaración de códigos CUM	13/01/2011
2470	Remisión de información de recobros incautados por la Fiscalía General de la Nación	10/01/2012
11931	Alerta por retiro del producto Bevacizumab/Avastin en la indicación del cáncer de mama	25/01/2012
14370	Licencias de importación Eculizumab	27/01/2012
22064	Uso por fuera de la indicación aprobada (uso off label) del producto Bevacizumab/Avastin en oftalmología	07/02/2012
21177	Licencias de importación Eculizumab	07/02/2012



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO: **VERSIÓN:** 001 **FECHA:** Diciembre de 2016

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
3320-168828	Criterio de auditoría respecto de la diferencia entre medio físico y medio magnético de medicamentos facturados y recobrados	06/08/2012
196180	Validaciones de proceso de auditoría - los recobros radicados deben ser cruzados con las bases de datos indicadas.	06/09/2012
201333200341901	Concepto relacionado con la cobertura del POS respecto del procedimiento de Ecocardiograma con Stress Farmacológico	21/03/2013
201333200398591	Criterios de auditoría aplicables a recobros radicados a partir de marzo de 2013	05/04/2013
201333210791301	Interpretación Resolución 3086 de 2012	19/06/2013
201331100159883	Concepto Gadolinio medio de contraste	25/06/2013
201333200969491	Cobertura del Plan Obligatorio de Salud del Stent	25/07/2013
201333201041481	Consolidación de conceptos relacionados con la cobertura del POS	
201333201336521	Actividades, plazos y responsables en el trámite de solicitudes de recobros presentadas ante el FOSYGA	02/10/2013
201331100323903	Conceptos respecto de la cobertura del POS	19/11/2013
201331100324063	Nomenclatura SOD Integralidad NO POS	19/11/2013
201333201580941	Concepto SOD de integralidad del NO POS	20/11/2013
201331100368393	Concepto cobertura de Prótesis oculares	30/12/2013
201431100014523	Concepto Ecocardiograma con Stress con prueba de Esfuerzo con Prueba Farmacológica	21/01/2014
201431100014453	Respuesta Solicitud Divergencias recurrentes Coomeva EPS S.A	21/01/2014
201431100032053	Divergencias recurrentes coberturas	06/02/2014
201431100070803	Divergencias recurrentes coberturas	26/03/2014
201431100107013	Cobertura del POS para DIPEPTIVEN	09/05/2014

Sentencias

No. Sentencia	AÑO
Sentencia SU-480	1997
Sentencia C-510	2004
Sentencia C-463	2008
Sentencia T-760	2008
Sentencia T-160	2014



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

6. DEFINICIONES

1. Acta de Comité Técnico Científico (CTC): Formato definido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social en el cual se registra la decisión justificada de aprobar o desaprobar el suministro de una tecnología en salud No POS, suscrita por los miembros que integran el Comité y que participan en la sesión, foliada y con los soportes utilizados como base de la decisión. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

2. Acta de Conciliación: Documento que contiene el resultado de una reunión de conciliación, en donde intervienen y firman el responsable de la auditoría integral de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío y el representante debidamente autorizado por la Administradora de Planes de Beneficios, y donde se registran los acuerdos surgidos en la reunión.

3. Administrador de Planes de Beneficios: Entidad que garantiza el suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud a unodesus afiliados en virtud de una autorización de Comité Técnico Científico CTC o de una orden judicial y solicita ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío a la entidad que está de financia el pago de dichas tecnologías a sus proveedores.

4. Atención Inicial de Urgencias: Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

5. Atención de Urgencia: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

6. Auditoría Integral: Es la etapa en la cual la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o la entidad que está designada, verifica el cumplimiento de los requisitos para el pago de los recobros y solicitudes de pago que presenten las Entidades Administradoras de Beneficios, teniendo en cuenta los ámbitos administrativos, técnico-médico, jurídico y financiero.

7. Aval de pago: Documento que expide la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o la entidad que está designada, luego de haber realizado el proceso de auditoría integral de la solicitud de pago, en donde informa el valor a pagar y con el cual garantiza de manera objetiva que dicha obligación es procedente para su reconocimiento y pago por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío de acuerdo a la normatividad vigente.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

8. Base de Datos: Plataforma tecnológica que permite almacenar información de forma organizada con base en una parametrización previamente establecida. Es una herramienta con la cual se efectúan validaciones en el proceso de verificación para control y pago de los cobros y las solicitudes de pago presentadas ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío.

9. 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.

10. Cantidad autorizada: Cantidad total de servicios o tecnologías en salud No POS que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario.

11. Formato Glosa Auditorial Integral: Formato de comunicación de las glosas encontradas durante el proceso de auditoría integral de las solicitudes de pagos, mediante el cual se informa a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, el detalle de las objeciones realizadas.

12. Documento del Proveedor con Detalle de Cargos: Documento de la persona natural o jurídica que suministra a la Administradora de Planes de Beneficios una tecnología en salud No POS, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se utiliza para las prestaciones facturadas por paquete, programa, clínica o conjunto de atención entre otros y que no corresponden a servicios unitarios, cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud No POS por cada usuario o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.

13. Certificación del representante legal cuando se realicen compras al proveedor no se puede identificar el usuario: Es un documento en el cual se indica a qué facturarse imputa la tecnología en salud No POS y el (los) paciente(s) a quien (es) le (s) fue suministrada, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente.

14. Certificación del representante legal cuando la Administradora de Planes de Beneficios importa directamente el medicamento objeto de la solicitud de pago: Documento en el que se informa que la Tecnología en Salud cobrada, fue directamente importada por la Administradora de Planes de Beneficios, en cuyo caso, se deberá anexar los demás documentos requeridos por la Normativa Vigente.

15. Certificación del representante legal cuando se genere disponibilidad de medicamentos importados: Documento en el que se informa que los medicamentos importados para un usuario específico quedarán disponibles y serán utilizados en el paciente que lo requiera.

16. Certificación del representante legal cuando la copia del CTC no cuenta con la totalidad de las firmas: Documento que certifique que el Comité se llevó a cabo con los 3 integrantes requeridos en la norma y que solo hizo falta la firma de uno de ellos con su justificación.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

17. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión para Colombia (CIE10): Es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología y la gestión de la salud, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países. Consiste en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y subcategorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa.

18. Código Interno del Proveedor de Tecnologías en Salud No POS: Identificación asignada por el proveedor de procedimientos e insumos que no están incluidos en las codificaciones adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

19. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos: Comisión de alto nivel creada por la Ley 100 de 1993, integrada por el Ministro de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo y un Delegado personal del Presidente de la República, encargada de dictar las políticas de regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

20. Comité Técnico Científico (CTC): Comité conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de su red y un (1) representante de los usuarios, cuya función es analizar, las tecnologías en salud no incluidas en el POS ordenadas por los médicos tratantes a fin de aprobar o desaprobar la solicitud considerando lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013 y 1479 de 2015. Podrá hacer parte de este comité un representante de la SSDQ con voz pero sin voto, acorde con lo definido en la resolución 1479 de 2015.

21. Comparador Administrativo: Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud POS, que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios utilizarán para definir el monto a cobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de solicitudes de pago.

22. Concentración del Medicamento: Cantidad de principio activo que contiene un medicamento, en un determinado peso o volumen.

23. Conciliación de Glosas: Reunión sostenida entre la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o entidad que ésta designe, responsable de la auditoría integral de los cobros-cobros y de las solicitudes de pago y el representante debidamente autorizado de la Administradora de Planes de Beneficios (ver definición en el numeral 3), con el fin de discutir y llegar a acuerdos sobre glosas realizadas, mutuamente beneficiosas y cumpliendo con la normatividad vigente y el presente procedimiento de solicitudes de pago.

24. Cuota Moderadora: Aporte en dinero que hacen los cotizantes y beneficiarios en algunos servicios que tiene por objeto regular la utilización de los mismos y estimular su buen uso. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por la Administradora de Planes de Beneficios.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

25. Copago: Aporte en dinero que hacen los beneficiarios correspondiente a una parte del valor del servicio requerido y tienen como finalidad ayudar a financiar el SGSSS.

26. Código Único de Medicamentos (CUM): Identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

27. Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país.

28. Medicamentos Regulados: Base correspondiente a los precios de Medicamentos y dispositivos Médicos, ajustados al IPC mediante la Normatividad vigente.

29. Declaración de Importación: Documento mediante el cual se informa a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, los datos relativos a la tecnología a importar, la llegada al territorio aduanero, se liquidan los tributos aduaneros y se solicita el levantamiento de efectos de la nacionalización de la misma. Acreditando la introducción legal de una tecnología al territorio nacional.

30. Declaración Andina de Valor: Documentos o partes de la declaración de importación que está previsto por la DIAN. En él se consigna la información técnica respecto a las condiciones y circunstancias de la operación comercial que da lugar a la importación de la tecnología, que sirven para determinar el valor aduanero de la misma.

31. Documento Equivalente a Factura de Venta: Documentos o partes que equivalen a la factura de venta, expedidos por el proveedor de la tecnología en salud No POS, tales como: tickets de máquina registradora, tickets o billetes de transporte de pasajeros, incluido el ticket o billete electrónico y la factura electrónica.

32. Denominación Común Internacional (DCI): Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

33. Días/Tratamiento: Cantidad del medicamento que se administra para mantener el efecto farmacológico, una vez se obtiene la concentración plasmática o una determinada respuesta clínica. También se define como la dosis administrada durante el estado estacionario por oportunidad de tiempo o por intervalo de dosificación.

34. Disponibilidad del Medicamento Importado: Corresponde a la sobranza de medicamento importado para un usuario específico, que por razones ajenas a la Administración de Planes de Beneficios no se puede utilizar en éste.

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

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

37. 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 las sustituyan, modifique o adicione.

38. Equipo Biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

39. Etapas del Proceso de Verificación y Control de los cobros y cobros: Los cobros y cobros de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, surtirán las siguientes etapas de verificación y control: a. Etapa de Radicación:
Las solicitudes de cobro y cobro surten las siguientes etapas de validación:

- “ Pre-radicación: Consiste en la presentación y validación de los Formatos Anexo 1, MYT, MYTR (ver definición en los numerales 50-51-52) junto con los medios magnéticos y los soportes en medio impreso, los medios magnéticos se deben enviar por correo a la siguiente dirección de correo electrónico cuentasmedicas@gobernacionquindio.gov.co, la Secretaria de salud del Quindío para validar los archivos y enviar por correo electrónico el pantallazo de validación, el cual debe estar anexo en la presentación del cobro o cobro. se valida la información registrada por la entidad cobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del cobro y las investigaciones administrativas o judiciales.
- “ Radicación: se presenta ante el Ministerio de Salud y Protección Social la entidad que se define para el efecto, los formatos MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda.
- “ Pre-auditoría: se verifica que el cobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.
- “ Auditoría Integral: se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los cobros, conforme a lo descrito en el presente manual

40. Extemporaneidad: Corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de pago por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Proveedores) al no adelantar la etapa de radicación ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o la entidad que ésta defina, dentro del plazo que se establezca en el presente procedimiento, tomando como base la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago, es decir la fecha de radicación de la factura de venta o documento equivalente por parte del proveedor ante la entidad solicitante del pago o de la ocurrencia del evento o prestación del servicio. Si su vencimiento sucede en día posterior al día de radicación, se extiende el tiempo, siempre y cuando se presente en el período de radicación inmediatamente siguiente. Los tiempos se establecen de acuerdo a la normatividad vigente.

41. Evidencia de Entrega: Prueba que permite a la entidad solicitante del pago, demostrar que la tecnología autorizada u ordenada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada en el mismo y teniendo en cuenta la normatividad vigente.

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



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

quien recibe la tecnología, registrada en alguno de los siguientes documentos: i) factura de venta, ii) documento equivalente a la factura, iii) fórmula médica, iv) orden médica, v) certificación del prestador, o vi) formato diseñado por la entidad recobrante

42. Factura de Venta: Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos de la ley tributaria y que el proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS entrega al comprador de la misma y responsable del pago.

43. Fallo de Tutela: Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías sin cobertura en el POS.

44. Fecha de Elaboración del Acta de Comité Técnico Científico: Corresponde a la fecha en que los integrantes del Comité Técnico Científico elaboran el acta de la sesión en la cual se evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud No POS.

45. Firmas: Corresponde al registro autógrafa o digital que respalda un documento, físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y desvincularlo del contenido, establecido en la nota externa 201433200179423 (Anexo 1 del presente procedimiento).

46. Forma Farmacéutica: Forma física en que se presenta un producto farmacéutico terminado, que tiene como objetivo fundamental proteger el fármaco y facilitar su dosificación y aplicación terapéutica, tales como: tableta, cápsula, gragea, polvo para suspensión, solución inyectable, etc.

47. Fórmula o Orden Médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos o solicita los servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos.

48. Fórmula o Preparación Magistral: Preparado o producto farmacéutico elaborado por un químico farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

49. Formato Anexo 1. Formato resumen de la radicación que contiene el listado de los cobros de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que contiene la radicación, con los datos generales de cada uno. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la Administradora de Planes de Beneficios y debe anexarse a cada uno de los paquetes generales o reclamaciones de cobros radicados ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento). Para el caso de solicitudes de pago en virtud de la Res. 1479 de 2015, deben presentarse paquetes por proveedor.

50. Formato MYT- R: Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico Científico / o fallo de tutela) y por proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS para el caso de solicitudes de pago en virtud de la Res. 1479 de 2015 y la manifestación de que la información suministrada es verdadera y podrá ser verificada. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad solicitante del pago y debe anexarse a cada uno de los paquetes



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

generales o reclamaciones de cobros y solicitudes de pago radicados ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

51. Formato MYT-01: Formato de presentación de cobros y solicitudes de pago de tecnologías sin cobertura en el POS autorizadas por CTC, el cual debe anexarse a cada una de las solicitudes individuales por CTC radicados ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

52. Formato MYT-02: Formato de presentación de cobros de tecnologías sin cobertura en el POS ordenadas por fallos de tutela, el cual debe anexarse a cada una de las solicitudes individuales por tutela, radicados ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

53. Fuera de Término en la Presentación de la Objeción: Cuando se presenta y sustenta la objeción después del término establecido en el procedimiento tomando como base la fecha de comunicación del resultado de auditoría y de acuerdo al tiempo establecido por la normatividad vigente.

54. Glosa: Es un año de conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de la solicitud, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente en el presente procedimiento.

55. Identificación del Usuario: Corresponde al número de identificación del usuario para el cual el CTC autoriza la tecnología sin cobertura en el POS, o el fallo de tutela que ordena tecnologías sin cobertura en el POS.

56. Insumo Médico: Artículo, instrumento, aparato o artefacto, máquina, software, equipo biomédico, utilizados solo o en combinación, incluyendo componentes, partes o accesorios fabricados, para uso en diagnóstico, tratamientos, restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura corporal en un ser humano.

57. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): Entes cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

colectiva.

58. Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras) organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las Entidades Promotoras de Salud – EPS' o fuera de ellas.

59. Justificación Médica de la Necesidad de una Tecnología No POS: Documento diligenciado por el médico tratante que solicita la tecnología sin cobertura en el POS, en donde sustenta la necesidad del usuario y registra claramente los datos necesarios para que el Comité Técnico Científico (CTC), analice y tome la decisión de aprobación.

60. Justificación médica de la necesidad de una tecnología NO POS: Documento diligenciado por el médico tratante que solicita la tecnología NO POS, en donde sustenta la necesidad que tiene el usuario de acuerdo a su condición médica, de recibir un servicio o tecnología sin cobertura en el POS, registraj y justifica claramente con los datos necesarios para que el Comité Técnico Científico (CTC), analice y tome la decisión de aprobación.

61. Justificación Médica de Tecnologías en Salud Ordenadas por Fallos de Tutela que No sean Expresos o que Ordenen Tratamiento Integral: Formato diseñado por la Dirección de Administración de fondos en el cual un médico de la entidad solicitante del pago debe registrar y justificar técnico científicamente la(s) tecnología(s) en salud suministrada(s) a un paciente en virtud de cumplimiento al ordenado en un fallo de tutela que no sea expresos o que ordene un tratamiento integral. El formato e instrucciones de diligenciamiento se adopta de la Resolución 5395 de 2013 de Ministerio de la Protección Social y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, establecidos en las notas externas 201433200014303 y 201433200179423 (Anexo 1 y 2 del presente procedimiento).

62. Manual de Terapéutica: Conjunto de instrucciones, reglas y normas que se encargan de establecer los medios para el tratamiento de dolencias y afecciones con la finalidad de lograr la curación o minimizar los síntomas.

63. Malla Validadora: Para el caso de recobros y solicitudes de pagos es una herramienta disponible en la página del Fosyga: www.fosyga.gov.co, enlace: Mallas, archivo: Validador MYT, que permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de pago por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de pago por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación de recobros y solicitudes de pago de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a auditoría realizada). Esta malla se actualiza constantemente, por lo que se hace necesario disponer de la última versión al momento de la validación de la información. La Secretaría de Salud Departamental del Quindío, adopta esta malla validadora para la etapa de radicación de los recobros y las solicitudes de pago de tecnologías sin cobertura en el POS por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

64. Medicamento: Preparación farmacéutica obtenida a partir de principios activos, con sus



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS REEMBOLSOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

sustancias auxiliares, presentada bajo una forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.

65. Medicamento Esencial: Preparación farmacéutica que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad y mortalidad de una comunidad y por que su costo sea justo a las condiciones de la economía de un país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud-POS, del SGSSS.

66. Medicamento Genérico: aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

67. Medicamento Vital No Disponible: Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que no se encuentre disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

68. Medios Magnéticos: El término "medio magnético" se usa para describir cualquier formato en el que la información se guarda y recolecta en la forma de una señal magnética. Formas comunes de medios magnéticos son las cintas magnéticas, los discos duros, los CD y los disquetes. Para efectos de los reembolsos y las solicitudes de pago de tecnología sin cobertura en el POS, la Secretaría de Salud Departamental del Quindío adopta los medios magnéticos establecidos en la resolución 5395 de 2013 para la etapa de radicación de las solicitudes por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

69. Número de Acta de Comité Técnico Científico: Corresponde al número consecutivo que asigna el Administrador de Planes de Beneficios al acta de la sesión en la cual evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud No POS.

70. Objeción a los Resultados de Auditoría: Posibilidad de la entidad solicitante del pago, para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los reembolsos y las solicitudes de pago, dentro del término establecido en el presente procedimiento establecido por la Secretaría de Salud Departamental del Quindío.

71. Ordeno Fórmula Médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos o solicita los servicios médicos, quirúrgicos o terapéuticos.

72. Plan Obligatorio de Salud (POS): conjunto de servicios de atención en salud (Actividades-Intervenciones, Procedimientos, Medicamentos e Insumos Médicoquirúrgicos) a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado o su grupo familiar. Corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria- prestaciones económicas- cuando se presenten incapacidades de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad. Contiene las tecnologías en salud cubiertas en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado. Los afiliados al régimen especial son exceptuados del SGSSS, como son los miembros de las fuerzas armadas, los miembros del magisterio y empleados de Ecopetrol tienen un plan de salud diferente.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

73. Precio Regulado: Valore 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.

74. Presentación Comercial: Forma de empaque y distribución de los medicamentos con sus respectivas medidas de contenido. Puede ser caja, blíster, sobre, frasco, x10 x20 x30 x500, unidades, mililitros, gramos, miligramos, entre otras.

75. Prestación de Salud: Servicios de salud suministrados a los habitantes del territorio nacional, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

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

77. Prestación de Salud Única Repetida: Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, que presenta complicación, recurrencia o como consecuencia de un posible mala práctica o evento adverso, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

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

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

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

81. Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra a las Entidades Administradoras de planes de beneficios una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.

82. Recobro: Procedimiento adelantado por una Administradora de Planes de Beneficios para presentar cuentas por concepto de tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios POS, suministradas a un usuario y autorizadas por Comité Técnico Científico u ordenados por fallo de tutela. Para efectos del recobro a la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, el recobro aplica para las solicitudes presentadas por suministrador de tecnologías no incluidas en el POS, autorizadas por Comité Técnico Científico antes de la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 y del respectivo acto administrativo emitido por la Secretaría de Salud Departamental del Quindío y para las cuentas presentadas en virtud de un fallo de tutela que faculte el recobro al ente territorial Quindío.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

83. Recobro Individual: Paquete por paciente objeto de solicitud de pago y que debe soportarse con los siguientes documentos: 1. Copia del Acta de Comité Técnico Científico o Copia del fallo de tutela. 2. Copia de la factura de venta o documento equivalente del proveedor de la tecnología sin cobertura en el POS a nombre de la administradora de planes de beneficios y con constancia de cancelado. 3. Copia de la orden y/o fórmula médica. 4. Evidencia de entrega de la tecnología NO POS. 5. 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. 6. Los demás soportes que la Administradora de Planes de Beneficios considere necesarios.

84. Recobro General o Paquete de Solicitud: Consolidado del conjunto de recobros presentado en cada radicación por la Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, se identifica con un número y se soporta con los formatos MYT-R, Anexo 1 y el archivo plano o medio magnético.

85. Registro Médico: Número de registro profesional otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, el cual avala al médico para ejercer su profesión en el territorio colombiano.

86. Requisitos Esenciales del recobro y de la Solicitud de pago: Son los requisitos documentales y de información básicos, que debe tener los recobros y las solicitudes de pago en función de dar cumplimiento a la normatividad vigente y garantizar el reconocimiento y pago del valor cobrado. El incumplimiento de alguno de ellos derivará directamente en la aplicación de la glosa a que haya lugar.

87. Resultado del Proceso de Auditoría Integral: Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros y de las solicitudes de pago, conforme a los lineamientos del presente procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías sin cobertura en el POS se genera el resultado que puede ser Aprobado, No aprobado o aprobado con Reliquidación.

88. Recobro o Solicitudes de pago Aprobado: Cuando la totalidad de ítem del recobro o de la Solicitud de pago cumple con los requisitos, criterios de auditoría que determinan el presente procedimiento y las normas legales vigentes. A los recobros y las solicitudes de pago aprobados, se les genera el respectivo aval de pago.

89. Recobro o Solicitudes de pago Glosado: Cuando mediante el proceso de auditoría se determina que los recobros y/o las solicitudes de pago no cumplen con uno o varios requisitos y/o criterios de auditoría que afectan su pago de manera parcial o total. Estas inconsistencias son comunicadas a la Administradora de Planes de Beneficios quien puede argumentar, soportar, subsanar o aceptar la glosa.

90. Secretaría de Salud Departamental del Quindío: Es la entidad responsable del pago de las tecnologías no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de usuarios del régimen subsidiado del Departamento del Quindío, a través de los recobros o las solicitudes de pago presentados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios quienes garantizan el acceso a dichas tecnologías a través de Comité Técnico Científico (CTC) o fallo de tutela.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

91. Solicitud de pago de tecnologías no cubiertas en el POS: Solicitud presentada por una Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o ante la entidad que se define para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas a los proveedores de tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico-Científico (CTC), luego de la entrada en vigencia de la resolución 1479 de 2015 y la emisión del acto administrativo por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío.

92. Solicitud de pago Individual: Paquete por paciente objeto de solicitud de pago y que debe soportarse con los siguientes documentos: 1. Copia del Acta de Comité Técnico Científico. 2. Copia de la factura de venta o documento equivalente del proveedor de las tecnologías sin cobertura en el POS a nombre de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío o Gobernación del Quindío. 3. Copia de la orden y/o fórmula médica. 4. Evidencia de entrega de la tecnología NO POS. 5. Los demás soportes que la Administradora de Planes de Beneficios considere necesarios.

93. Solicitud de pago General o Paquete de Solicitud: Consolidación del conjunto de solicitudes de pago por proveedor presentadas en cada radicación por la Administradora de Planes de Beneficios ante la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, se identifica con un número y se soporta con los formatos MYT-R, Anexo 1 y el archivo plano o medio magnético.

94. Usuario del Servicio de Salud: Persona natural habitante del territorio nacional, afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluida en la Base de Datos Única de Afiliados.

95. Tecnologías en Salud sin cobertura en el POS: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y que no se encuentran contenidos en el Plan de Beneficios determinado por la normatividad vigente.



7. LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL”

La auditoría integral corresponde a la etapa en la cual se revisan los requisitos esenciales de las solicitudes de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, presentadas por las entidades recobrantes ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío. La entidad que se define para tal efecto, considerando el aspecto técnico de salud, jurídico y financiero, de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV de la Resolución 5395 de 2013.

Los tres aspectos mencionados se analizan de forma conjunta y completa para obtener un resultado que permita el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud NO POSO. Por el contrario, que por incumplimiento en alguno de los requisitos da como resultado la aplicación de una glosa.

Aunque la etapa de auditoría integral de acuerdo con el Artículo 27 de la Resolución 5395 de 2013 tiene como objeto la evaluación de requisitos esenciales tal como se mencionó, es necesario que en la misma se revisen otros requisitos que se validan en etapas previas a la auditoría integral, para ratificar su cumplimiento o incumplimiento y garantizar el resultado del proceso.

De acuerdo con lo anterior, la etapa de auditoría integral que se lleva a cabo en el proceso de verificación y control para el pago de las solicitudes de recobro, evalúa el cumplimiento de los requisitos esenciales, los correspondientes a la entidad recobrante y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los recobros que se derivan de autorizaciones emitidas por el Comité Técnico Científico, 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 verificación sea eficiente.

En el desarrollo del presente capítulo deben observarse las notas al pie de página como parte integral del cumplimiento del requisito que se evaluará.

7.1. Características de la información

Para efectos de adelantar la auditoría integral de los recobros, las entidades recobrantes 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.**

Adicionalmente, se precisa que para la totalidad de los soportes documentales, aplique el contenido en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que señala:



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

“De los errores de citas, de ortografía, de mecanografía o de aritmética. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo de las asuntos de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir errores sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo a los interesados sobre la respectiva corrección.”

7.2. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes

7.2.1. Definición de los requisitos de las entidades recobrantes

Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la firma auditora, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado.
3. Plangeneral vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a los afiliados, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 260 de 2004 o aquellas normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, las cuales deben publicarse al menos una vez por año, y en donde se explique la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos a los distintos servicios requeridos por los usuarios.

7.2.2. Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes

Si bien los requisitos de la entidad recobrante se evalúan en la etapa de pre-auditoría⁵, a continuación se describen las preguntas que debe resolver la firma auditora, la fuente de validación para responder la pregunta y el resultado del proceso:

REQUISITO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
1. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	¿La entidad recobrante radicó por la firma auditora los certificados de existencia y representación legal?	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de existencia y totalidad de los recobros representados por la entidad.	Si la entidad recobrante aportó el documento continuo el proceso. De lo contrario se ANULA la EXISTENCIA REPRESENTACIÓN LEGAL
	¿Cuándo se registró por primera vez la entidad recobrante y radicó ante la firma auditora el certificado de existencia y representación legal? ¿La entidad recobrante tiene una fecha de expedición mayor a 30 días?	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de existencia y representación legal.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos y condiciones señalados, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros presentados por la entidad.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

REQUISITO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
2. PODER DEBIDAMENTE OTORGADO DEL profesional del derecho?	Si actúa por intermedio de apoderado, ¿la entidad recobrante radicó el poder otorgado a un los otorgados y radicados.	Base de datos construida por la firma auditora con continú el proceso. De lo contrario se totalidad de los recobros	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos señalados, PROFESIONALES ANULA la DERECHO presentado por la entidad.
3. PLAN GENERAL DE CUOTAS 15 días siguientes a su fijación o modificación anual, el Plan de Cuotas Moderadoras y Copagos?	¿La entidad recobrante radicó ante la firma auditora dentro de los planes vigentes de moderadoras y copagos	Base de datos construida por la firma auditora con términos generales continú el proceso. De lo contrario se totalidad de los recobros radicados por las entidades.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos señalados, VIGENTE MODERADORAS Y ANULA la COPAGOS presentado por la entidad.

7.3. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros

7.3.1. Definición de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros

En el proceso de preradicación la Secretaría Departamental de Salud adopta la modalidad de prevalidación virtual donde las IPS recobrantes deberán enviar vía correo electrónico los archivos planos MYT y MYTR, para que esta información se valide en la llamada de FOSYGA con la finalidad de asegurar la validación exitosa u objeción de los mismos, una vez realizada esta función se informará a la Entidad vía email para que los errores se subsanen y nuevamente se valide por el Enteterritorial. Posteriormente se continuará con el proceso de radicación de las cuentas en tiempos que determinan la norma, adjuntando a esto como requisito esencial el pantallazo de validación exitosa efectuado por el funcionario de la Secretaría de Salud Departamental

Cada solicitud de recobro radicada por la entidad recobrante, debe estar soportada en los siguientes documentos:

1. Formato MYT: documento que contiene los datos básicos de lo presentado en el medio magnético por la entidad recobrante.
2. Copia del Acta de Comité Técnico Científico o Copia del fallo de tutela.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
4. Copia de la orden y/o fórmula médica.
5. Evidencia de entrega de la tecnología NOPOS.
6. 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.
7. Los demás soportes que la entidad recobrante considere necesarios.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

Estos documentos deberán presentarse foliados y en el orden descrito anteriormente, garantizando la calidad, legibilidad, embalaje y envío de los mismos. La forma de presentación de los cobros y solicitudes de pago será de la siguiente manera:

- Encarpetas celugua
- Legajados con gancho plástico (NO METÁLICO)
- Máximo 200 folios por cada carpeta
- En cajas de archivo inactivo No. 12
- Máximo 7 carpetas por cada caja.

Lo anterior en cumplimiento de la ley 594/2000. Ley de Archivo General de Colombia

Nota 1: La no presentación de los soportes en la forma y condiciones anteriormente descritas, generará inconsistencias o glosa del paquete en la etapa de recepción y radicación del recobro o la solicitud de pago que impida la radicación.

Nota 2: La administración de planes de beneficios deberá garantizar que los documentos que soportan las solicitudes de pago a proveedores, se encuentren completos y cumplan con las condiciones descritas en el presente procedimiento, lo cual reflejara un efectivo y ágil flujo de recursos a los proveedores.

Nota 3: Se debe presentar el un cobro por cada Institución Presatadora de Servicios de Salud, la no presentación de los cobros así, generará anulación de la Radicación.

7.3.2. Excepciones a la entrega de los requisitos generales y específicos

1. Respecto a la copia del acta del CTC: De acuerdo con lo señalado en el párrafo 1º del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013 "Encasos de prestación sucesivas, la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) se radicará por una única vez ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia".
2. Respecto a la copia del fallo de tutela: De acuerdo con lo señalado en el párrafo 1º del Artículo 15º de la Resolución 5395 de 2013 "Para solicitudes de recobro originadas en un".
3. Respecto a la factura de venta o documento equivalente: De acuerdo con el párrafo 1º del Artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013 "Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, deberá allegarse copia de: la declaración de importación, declaración de valoración y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

Entodocaso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

Cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en una única solicitud de recobro”.

4. Respecto al orden y/o fórmula médica en fallos de tutela: de acuerdo con lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, que señala: (...) *“De esta manera, teniendo en cuenta que el fallo de un juez de tutela es de obligatorio cumplimiento y debe ser acatado en los términos y condiciones señaladas por la autoridad judicial, so pena de las sanciones establecidas en la ley, y que, de acuerdo a lo señalado por el Alto Tribunal, excepcionalmente el juez de tutela puede ordenar la provisión de tecnologías NO POS sin que medie ordeno fórmula médica, el requisito contenido en el numeral 3 del artículo 15 de la Resolución 5395 de 2013, no será exigible cuando, en las condiciones precisadas por la Honorable Corte, exista un fallo que ordene la tecnología NO POS a recobrar de manera expresa”.*

7.3.3. Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros

Los requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros, esto es, el formato MYT, la copia del acta del CTC del fallo de tutela y la copia de la factura o documento equivalente, se evalúan en la etapa de pre-auditoría¹¹, no obstante, dentro del proceso de auditoría integral debe observarse su cumplimiento. A continuación se describen los criterios de auditoría que deben aplicarse, el soporte que permite la verificación de la información y el resultado del proceso:

REQUISITO GENERAL	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
1. EXISTENCIA FORMATO MYT	¿La entidad recobrante anexó el Formato MYT a cada solicitud de recobro?	Formato MYT radicado por la entidad recobrante	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro presentado por la entidad.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

REQUISITO GENERAL

PREGUNTA

FUENTE DE VALIDACIÓN

RESULTADO DEL PROCESO

2. COPIA DEL ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

¿La entidad recobrante anexó copia del Acta de Comité Técnico Científico¹² y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el Formato MYT?

Copia del Formato de Acta de Comité Técnico Científico o el reporte del histórico de actas de CTC. Cuando se trate de prestaciones sucesivas el CTC respectivo previamente radicado.

Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo recobro presentado por la entidad.

3. COPIA DEL FALLO DE TUTELA

¿La entidad recobrante anexó el reporte del histórico de fallos de tutela¹³ y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el Formato MYT?

Copia del Fallo de Tutela o el reporte del histórico de fallos de tutela, cuando se trate de solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, previamente radicado.

Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo recobro presentado por la entidad.

4. FACTURA DE VENTA

¿La entidad recobrante anexó copia de la factura de venta o documento equivalente y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el Formato de medicamentos el respectivo recobro importados directamente por la entidad recobrante.

Copia de la factura de venta o documento equivalente o declaración de importación, declaración de valor y de la factura del agente aduanero, cuando se trate el respectivo recobro importados directamente por la entidad recobrante.

Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se **ANULA** el respectivo recobro presentado por la entidad.

En el evento en que alguno de estos documentos sea ilegible, esto es que no pueda leerse, deberá **ANULARSE** el respectivo recobro.

De manera adicional, el auditor verificará que los datos de nombre, tipo y número de identificación del usuario registrados en los requisitos generales del recobro sean consistentes con los datos registrados en los campos del medio magnético del recobro. En el evento en que la comparación no sea positiva, la solicitud del recobro será **INCONSISTENTE** y no continuará al proceso de auditoría integral.

7.4. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los recobros de tecnologías en salud no cubiertas por el plan obligatorio de salud

7.4.1. Definición de los requisitos esenciales

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



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

del recobro por la Secretaría Departamental de Salud del Quindío.

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos relacionados en el numeral 6.3.1 de éste Manual, sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales definidos. Dichos requisitos esenciales son los siguientes:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho: para la fecha en que se suministró la tecnología en salud NO POS. Objeto del recobro: **(i)** el usuario se encontraba vivo y **(ii)** afiliado a la entidad recobrante.

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

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

Cuando el suministro de la tecnología en salud NO POS corresponde a un recién nacido, a un usuario en periodo de protección laboral, traslados no exitosos entre EPS y fallos de tutela que obligan a una entidad a prestar el servicio de forma expresa asíno esté compensado el usuario, se aplica lo previsto en la Nota Externa No 201433200214183.

2. La tecnología en salud suministrada no estaba cubierta por el POS: la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto del recobro no se encuentra cubierta por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio.

Se tiene como fecha de prestación de suministro de la tecnología en salud NO POS, lo siguiente: **(i)** Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia de entrega de la tecnología, esto es, factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador del servicio o formato diseñado por la entidad recobrante y **(ii)** Cuando la tecnología sea proporcionada 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 picrisis o de la historia clínica.

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



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

Procedimientos

Hasta el Acuerdo 029 de 2011, se establecen listados y anexos técnicos explícitos que especifican cuales procedimientos están incluidos en el plan de beneficios utilizando la CUPS y la descripción de cada uno. Con esta información y basándose en la fecha de prestación, se verifica si el procedimiento recobrado, hace parte del plan de beneficios. Con la entrada en vigencia de la Resolución 5521 de 2013, los procedimientos incluidos en el plan de beneficios se especifican hasta la categoría de la Codificación Única de Procedimientos, es decir, los cuatro primeros dígitos, por lo que se entiende que los procedimientos que hagan parte de esa categoría son POS a no ser que estén expresamente enunciados en los "Salvos" que contiene el señalado listado.

Para establecer las coberturas en el POS, 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 periodo.

Medicamentos

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

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

- i. Radiofármacos: Son cobertura del POS cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- ii. Medios de contraste: La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del POS.
- iii. 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:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

Solución	Procedimiento
Cardiopléjica	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)

Dispositivos e insumos

Las coberturas de los dispositivos, no mencionados explícitamente en las normas, están determinadas o supeditadas a las coberturas listadas de tecnologías en salud, por lo tanto al no encontrarse expresamente listados, se consideran POS si son necesarios e insustituibles para la realización de un procedimiento POS, por el contrario si son NO POS el procedimiento en el cual fue usado es NO POS.

- 3. Latecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario:** El cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegarla entidad recobrante así:

TIPO DE RECOBRO	ÁMBITO DE ATENCIÓN	CRITERIO DE AUDITORÍA
Recobros derivados de autorizaciones de CTC	Ambulatorio	Orden o fórmula médica, en que se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante.
	Hospitalario	Orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica, en los que se evidencie: el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de latecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante que elabora los documentos
Recobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela expresos	Ambulatorio/Hospitalario	Copia del fallo de tutela conforme a lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, en donde se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología.
Recobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela integrales o no	Ambulatorio/Hospitalario	Copia del fallo de tutela conforme a lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y formato de justificación médica de tutela de tecnologías en salud ordenadas por fallos de expresos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexión de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

4. Latecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante 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:

Tipología	Observación	Criterio de auditoría
Autorización de sCTC	Antes del 1º de mayo requisitos definidos en el Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013.	Formato de acta de CTC de cada entidad recobrante con los de 2014 de 2013.
	demayo	Formato de Acta de CTC expedido por la Dirección de Apartir del 1º Administración de Fondos de la Protección Social, mediante de 2014 la Nota Externa 201433200014303 del 21 de enero de 2014 y 201433200179423 del 24 de julio de 2014
	Expresas	Copias del fallo de tutela.
	Integrales o no expresas	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral diseñado por cada entidad recobrante.
Ordenaciones de fallos de	proferidas antes del 1º de mayo de 2014.	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la Integrale son expresas entidad justifica la conexión de la tecnología recobrada con tutelas
	proferidas a partir del 1º de mayo de 2014	de tutela, expedidos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante las Notas Externas 201433200014303 del 21 de enero de 2014 y 201433200179423 del 24 de julio de 2014. No obstante lo anterior, si antes del 01 de mayo de 2014, las Entidades Recobrantes venían utilizando formatos diferentes a los previstos en la Resolución en comento, y estos eran suficientes para identificar latecnología en salud objeto de recobro, los podrán seguir utilizando siempre cuando el fallo haya sido proferido antes de la fecha señalada

5. Latecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario: la tecnología en salud fue efectivamente suministrada al usuario y por lo tanto existe: i) Soporte que evidencia su entrega. ii) Facturación del proveedor del servicio.

Respecto a la primera condición (i) evidenciada en la entrega de la tecnología al usuario, la Resolución 5395 de 2013, señala:

- **Cuando latecnología NO POS autorizada sea de tipo ambulatorio:** firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien reciba la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

En estos casos también se válida la presentación de los siguientes soportes como evidencias de suministro de latecnología NO POS:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS REEMBOSOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
- c) En caso de prestación de tecnologías NO POS cuando el usuario se encuentra en Home Care, o atención domiciliar: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces su hoja de aplicación de medicamentos.
- d) En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- e) Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

- **Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias:** Copia del informe de atención inicial de urgencias.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

- **Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria:** Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. Se aceptan las presentaciones de los siguientes soportes:

- a) Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

Respecto a la segunda condición **(ii)** factura de venta o documento equivalente, la Resolución 5395 de 2013, señala que dicho soporte debe identificar: **a)** Nombre e identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS y **b)** Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.

Cuando la factura o documento equivalente no presente dicha información de manera discriminada, deberá acompañarse de los siguientes anexos:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

CONDICIÓN

ANEXO

OBSERVACIONES

Cuando en la factura discriminada de cargos. Documento del proveedor con detalle mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología facturada, el valor unitario, valor total y cantidad. El documento debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.

Cuando en la factura discriminada con el detalle de cargos. La certificación debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y entidad recaudadora, el valor unitario, valor total y cantidad de cargos expedido por el proveedor.

Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente. La certificación debe desagregar la cantidad y valor facturado de la tecnología en salud NO POS, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura o documento equivalente al cual se imputa la certificación.

Cuando se realicen al por quien(es) le(s) fue suministrado por proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud NO POS. La certificación debe indicar a qué factura imputa la compra de tecnología en salud NO POS y el(los) paciente(s) a mayor y menor.

Respecto a la **constancia de pago** de la factura o documento equivalente se precisa que las entidades recaudadoras debieron marcar en el campo denominado **"Tiene Sello Cancelado"** del medio magnético, cuyas descripciones **"Indica si la Factura tiene sello de Cancelación No"** los siguiente:

- SI:** Indica que la factura tiene sello de cancelación (Valor 1)
- NO:** Indica que la factura no tiene sello de cancelación (Valor 0)

Si el campo está marcado como **NO**, el NIT del proveedor de la factura o documento equivalente debe estar en el listado denominado **"Listado de proveedores"** del semestre que corresponda, a los cuales se realiza giro directo en virtud del numeral 6º del Artículo 16 y el Artículo 43 de la Resolución 5395 de 2013.

6. El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS corresponde a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío y se presenta por una única vez: Los soportes allegados con el recibo evidencian que el reconocimiento de la tecnología en salud NO POS **(i)** corresponde a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío y por lo tanto su pago **(ii)** realiza por una única vez.

Respecto a la primera condición **(i)**, se tiene como criterio que las tecnologías en salud NO



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

POS suministradas a usuarios del **régimen contributivo** se reconocen y pagan con cargo a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío. Para el efecto, se evalúa que el usuario pertenezca a **éste régimen** mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA.

La Secretaría Departamental de Salud del Quindío únicamente reconoce y paga recobros de usuarios del **régimen subsidiado**, cuando un fallo de tutela señalado de manera expresa que el responsable del pago del recobro ordenado es la Secretaría Departamental de Salud del Quindío. Sobre los recobros del régimen subsidiado se debe precisar que corresponde a las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias, asegurar la prestación de servicios NO POS, lo cual fue reiterado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-463 de 2008 así:

“... advierte que los reembolsos a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CT en el régimen contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda”.

Frente a la condición **(ii)** de este requisito, el reconocimiento y pago de un ítem de un recobro se realiza siempre cuando la Secretaría Departamental de Salud del Quindío no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

Se entiende por **recobro duplicado** aquel que se presenta más de una vez, en un mismo período de radicación o en períodos anteriores, razón por la cual, dentro del proceso de reconocimiento y pago se glosa una de las radificaciones.

7. La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza la Secretaría Departamental de Salud del Quindío **en el término establecido**. El Artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2012, modificado por el Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, prevé los tiempos para la presentación oportuna de los recobros, así:

“Artículo 13. Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos de la Secretaría Departamental de Salud del Quindío. Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos y deberán presentarse ante la Secretaría Departamental de Salud del Quindío en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda (...).”

Por su parte, el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013 señala:

“Artículo 31. Objeción a los resultados de auditoría. La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibimiento de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción”



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

por cada uno de los ítems de cada uno de los cobros. En caso de que se presenten varias glosas en un mismo cobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones (...)

Así las cosas, con este requisito se evalúa que el cobro se presente ante la Secretaria Departamental de Salud del Quindío en un término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago y de la ocurrencia del evento, según corresponda, lo que significa, **unaño a partir de:**

- i) La fecha de radicación inicial por parte del prestador de la tecnología de salud NOPOS ante la entidad recaudadora registrada en la facturación de venta o documento equivalente,
- ii) La fecha de egreso del usuario si el suministro de la tecnología en salud NOPOS fue durante un evento hospitalario
- iii) La fecha de la evidencia de entrega si el suministro de la tecnología en salud NOPOS es ambulatorio y en los casos previstos en el párrafo 2 del Artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013.
- iv) La fecha de entrega o prestación de la tecnología en salud NOPOS, cuando realicen compras al por mayor, registrada en cualquiera de los soportes señalados en el requisito esencial 5, condición (i).

Actividad	Descripción	Frecuencia	Responsable	Documentos y Registros
Recepción de documentos en físico	La Administradora de Planes de Beneficios radica los documentos en físico ante la Secretaría de Salud Departamental del Cauca o entidad que ésta designe, en la fecha y hora asignada, los cuales son puntuados para determinar la coincidencia con los medios magnéticos validados, el formato MYT-R, formato Anexo 1 y garantizar la entrega efectiva de las reclamaciones.	Mensual: del 1 al 15 de cada mes	Secretaría de Salud Departamental del Cauca o entidad que ésta designe	- Reclamaciones en físico entregados por la Administradora de Planes de Beneficios acompañados de los documentos exigidos
Recepción de los documentos con INCONSISTENCIAS	Si los documentos en físico no corresponden a los datos del medio magnético y/o se encuentran inconsistencias en los soportes físicos, el paquete será devuelto para que la Administradora de Planes de Beneficios realice las correcciones respectivas y vuelva a presentar los documentos.	Mensual: del 1 al 15 de cada mes	Secretaría de Salud Departamental del Cauca o entidad que ésta designe	- Reporte de inconsistencias encontradas en la radicación.
Recepción de los documentos EXITOSA	Si los documentos en físico son consistentes, se procede a radicar el recobro o la solicitud de pago	Mensual: del 1 al 15 de cada mes	Secretaría de Salud Departamental del Cauca o entidad que ésta designe	- Solicitud de pago en físico consistentes
Radicación del recobro o de la solicitud de pago	Una vez validados y recepcionados los documentos en físico, se asigna un número de radicado y se firma la constancia de recibido.	Mensual: del 1 al 15 de cada mes	Secretaría de Salud Departamental del Cauca o entidad que ésta designe	- Solicitud con número de radicación, sello y firma de recibido.

Sobre la verificación de este término, se debe considerar lo señalado en el párrafo 2º del artículo 34 de la Resolución 5395 de 2013, que establece *“Aquellos cobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediate siguiente”.*

De igual manera, con este requisito se evalúa el cumplimiento del término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por la firma auditora a la entidad que designe el Ministerio de Salud y Protección Social. La verificación de este término, se realiza



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

con la fecha de recibido por la entidad recobrante, registrada en la comunicación mediante la cual la firma auditora informó los resultados de auditoría de MYT01 y MYT02

Cuando una solicitud de recobro haya sido radicada y el resultado de la auditoría evidencie el incumplimiento de uno o más requisitos esenciales y la entidad recobrante no objete el resultado y lo presente nuevamente mediante los formatos MYT01 o MYT02, se verificará que se haga dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de la comunicación de los resultados de auditoría, conforme a lo previsto en el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013

8. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas: 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 del orden y/o fórmula médica, de la copia del acta del CTC de 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 la tecnología en salud NO POS y el nombre de identificación del usuario es consistente.

ii) Al realizar la lectura transversal de la copia del orden y/o fórmula médica, de la copia del acta del CTC de 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:

- **Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia manifiesta o en un servicio de hospitalización:** en estos dos casos, la autorización del CTC puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de egreso del paciente.
- **Cuando se trató de tecnologías en salud NO POS 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 autorización del CTC puede ser posterior a la prestación. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud NO POS al usuario.
- **Cuando la compra de la tecnología en salud NO POS se haya realizado al pormayor:** en este caso, la fecha de emisión de la factura o documento equivalente podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud NO



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

POS.

- 9. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente:** en este caso, las entidades recobrantes deben presentar la solicitud del recobro debidamente liquidado, previendo los descuentos definidos en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013.

Para efectuar la reliquidación de los valores que la Secretaría Departamental de Salud del Quindío reconoce y paga, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

i) De las cantidades

- Las cantidades autorizadas por el CTCu ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado.
- Cuando se trate de cobros por tecnologías en salud que estén condicionadas a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

ii) De los valores regulados o coberturas del POS

- Cuando se trate de cobros de medicamentos o dispositivos médicos se validan si se encuentran regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
- Se verifica si la tecnología en salud recobrada tiene definido un comparador administrativo.
- Se verifica si la tecnología en salud recobrada tiene un reemplazo o sustituto en el Plan Obligatorio de Salud.

iii) De los 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 No POS autorizados por Comité Técnico-Científico 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 POS del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).
- **Medicamentos NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico 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 NO POS, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela:** valor facturado por el proveedor del servicio



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

médico y/o prestación de salud.

• **Procedimientos de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela:** cuando el procedimiento de salud está incluido en el POS, pero se realiza con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, los valores a tener en cuenta para efectos de la liquidación 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 POS.

- **Medicamentos y dispositivos¹⁴ NO POS 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 NO POS, se reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que le reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos.
- **Medicamentos y dispositivos NO POS 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 POS del mismo grupo terapéutico que le reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos.
- **Tecnología en salud NO POS 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 del recobro.
- **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 recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

iv) **De los descuentos generales**

Se aplican las siguientes deducciones de manera transversal:

- **Valor de la cuota moderadora o copago:** al resultado del cálculo específico mencionado en el numeral iii) se le deducirá el valor que las entidades



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

recobrantes hay cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

- Cuando se trate de cobros de tecnologías NO POS ordenadas mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013.

7.4.2. Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de cobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud

A continuación se describen los criterios de auditoría o preguntas orientadoras que permitirán al auditor evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales, considerando los aspectos médico, de salud, jurídico y financiero; el soporte o fuente de validación del criterio de auditoría o de la respuesta a la pregunta y el detalle de glosa que se aplicará cuando el auditor observe el incumplimiento del respectivo criterio.

Para la adecuada lectura y aplicación de este capítulo es necesario considerar las siguientes reglas:

- a) Por cada **requisito esencial** se definen unas **glosas**, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito.
- b) La **descripción** de la glosa se acompaña de un **código**, en consecuencia, hay tantos códigos como glosas definidas.
- c) Las glosas tienen un **detalle** que corresponde al criterio de auditoría objeto de evaluación. La aplicación de un detalle de glosa implica necesariamente que el ítem del recibo objeto de evaluación no cumple el respectivo criterio de auditoría.
- d) En los casos que aplique, el detalle de cada glosa contendrá la **observación** que especifica el hallazgo del auditor, indicando la ausencia o falencia de una característica particular.

6.4.2.1 REQUISITO ESENCIAL: A continuación se detallan la codificación adoptada de los Requisitos Esenciales, que se tienen definidos en su implementación en el Manual de procedimientos para la verificación de los cobros y solicitudes de pagos de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios para el departamento del Quindío



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5)	Texto (30)	Texto (250)	Texto (1)	Numeric (2)	Texto (250)	Texto (250)	Texto (250)
Codigo Requisito	Tipo Requisito	Requisito	Aplica	Codigo Condicion	Condicion	Descripcion	Notas
30 Esencial1	Requisito	El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho	A	1	Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDU A	Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDU A	
31 Esencial1	Requisito	El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho	A	2	El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	
32 Esencial2	Requisito	La tecnología en salud suministrada no estaba incluida en el POS	A	0	La tecnología en salud suministrada no estaba incluida en el POS	La tecnología en salud autorizada u ordenada, prescrita, facturada y entregada está incluida en el POS	En caso de recobros derivados de fallos de tutela, podrá adjuntarse, en ausencia de la prescripción médica, el fallo que ordena expresamente la tecnología en salud o 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
33 Esencial3	Requisito	La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario	A	0	La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario	Nó hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada	
34 Esencial4	Requisito	La tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante u ordenada mediante fallo de tutela	C	1	El Acta de CTC se aporta o contiene la información requerida por la normativa vigente	El Acta de CTC no se aporta o no contiene la información requerida por la normativa vigente	
35 Esencial4	Requisito	La tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante u ordenada mediante fallo de tutela	T	2	El fallo de tutela y/o su anexos no aporta(n) o contiene(n) la información requerida	El fallo de tutela y/o su anexos no aporta(n) o no contiene(n) la información requerida	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5)	Texto (30)	Texto (250)	Texto (1)	Numerico (2)	Texto (250)	Texto (250)	Texto (250)
Codigo Requisito	Tipo Requisito	Requisito	Aplica	Codigo Condicion	Condicion	Descripcion	Notas
36	Requisito Esencial 5	La tecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario	A	1	Evidencia de entrega de la tecnología en salud NO POS objeto de recobro	No se evidencia la entrega de la tecnología en salud NO POS objeto de recobro	
37	Requisito Esencial 5	La tecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario	A	2	La factura de venta o documento equivalente se porta o contiene la información requerida	La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida	
38	Requisito Esencial 6	El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS corresponde a la Secretaria Departamental de Salud del Quindío y se presenta por una única vez	A	3	El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde a la Secretaria Departamental de Salud del Quindío	El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada o no corresponde a la Secretaria Departamental de Salud del Quindío	
39	Requisito Esencial 6	El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS corresponde a la Secretaria Departamental de Salud del Quindío y se presenta por una única vez	A	2	La tecnología en salud objeto de recobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por la Secretaria Departamental de Salud del Quindío	La tecnología en salud objeto de recobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por la Secretaria Departamental de Salud del Quindío	
40	Requisito Esencial 7	La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza en la Secretaria Departamental de Salud del Quindío en el término establecido	A	0	La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza en la Secretaria Departamental de Salud del Quindío en el término establecido	El recobro o la objeción se presenta fuera de los términos establecidos	
41	Requisito Esencial 8	Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas	A	0	Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas	La tecnología recobrada o el usuario no es consistente en los diferentes soportes del recobro	
42	Requisito Esencial 9	El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente	A	0	El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente	El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLANE
DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

6.4.2.2 DETALLE DE GLOSAS: A continuación se detallan la codificación definida y adoptada de Glosas debidamente relacionadas con los requisitos esenciales, que se tienen definidos en su implementación en el Manual de procedimientos para la verificación de los cobros y solicitudes de pagos de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios para el departamento del Quindío

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES						
Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas	
30 01		El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA	El nombre del usuario corresponde al registrado en la BDUA	BDUA		
30 02		La identificación del usuario no corresponde a la registrada en la BDUA	La identificación del usuario corresponde a la registrada en la BDUA	BDUA		
30 03		El régimen del usuario no corresponde al registrado en la BDUA	El régimen del usuario corresponde al registrado en la BDUA	BDUA		
30 04		El usuario se encuentra registrado en otra entidad recobrante	El usuario se encuentra registrado en la BDUA con la entidad recobrante	BDUA		
30 05		El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción	El usuario se encuentra registrado en la Base de Datos de Régimen de Excepción	BDEX		
31 01		El usuario se encuentra reportado fallecido en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio	La fecha de prestación de servicio es posterior a la fecha de fallecido en la RNEC	RNEC	Cuando el servicio se haya prestado respectivamente al beneficiario cuyo cotizante figure como fallecido para la fecha de la atención en salud; la entidad recobrante podrá allegar copia del documento donde conste que la novedad del fallecimiento fue recibida en fecha posterior a la prestación del servicio	
32 01		La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio	La tecnología en salud autorizada u ordenada; prescrita; facturada y entregada valida contra la norma vigente de cobertura del Plan Obligatorio de Salud	Salud		



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLANE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
32 02		El insumo recobrado se encuentra cubierto por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio y no se relaciona con ninguna aclaración del Plan Obligatorio de Salud	El insumo autorizado ordenado; prescrito; facturado y entregado hace parte de alguna aclaración específica del Plan de Beneficios Salud	La fecha de prestación del servicio se valida contra la norma vigente de cobertura del Plan Obligatorio de Salud	El recobro de un insumo es posible cuando se excede el condicionamiento definido en el POS. Por lo tanto aplica en los casos en que el Plan de Beneficios los mencione de forma explícita y se sobrepasen los topes en su cobertura
32 03		El insumo recobrado se encuentra cubierto por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio y su uso no se relaciona en el Acta de CTC o fallo de tutela o facturado y entregado no hace parte de alguna aclaración específica del Plan de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral con el comparador administrativo diagnóstico del paciente	El insumo autorizado ordenado; prescrito; facturado y entregado no hace parte de alguna aclaración específica del Plan de Beneficios; pero su uso está relacionado con el diagnóstico del paciente	La fecha de prestación del servicio se valida contra la norma vigente de cobertura del Plan Obligatorio de tutela; o debe estar explicado en el Formato De Salud	Cuando el recobro de un insumo no correspondaa excedentes o a mención explícita de acuerdo con los condicionamientos específicos definidos en el POS; deberá justificarse en el Acta de CTC surelación con el diagnóstico o debe ser explícito en el fallo de tutela; o debe estar explicado 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 con el



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
33 01	POS	no cumple con los requisitos del artículo 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005	Si el ordenamiento corresponde a una prescripción de medicamentos que cumpla con historia clínica y endoscopia, se establecen los requisitos definidos;	Prescripción de medicamentos (Fórmula médica); orden médica; resumen de atención; epicrisis o métrica decimal y encasos especiales en unidades internacionales cuando se requiera; Cuando se trate de preparaciones magistrales, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con sus respectivos formatos complementarios	Requisitos a evaluar y cumplirse para el efecto de la auditoría de cobros son: Solo personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia; Clara y legible: En idioma español en forma escrita y se apor copia mecanográfica; medio electromagnético y/o computarizado; La prescripción debe permitir confrontación entre el medicamento prescrito y el dispensado (ambulatorio) y administrado (hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y de Enfermería o quien haga sus veces; La prescripción debe permitir correlación de medicamentos prescritos con el diagnóstico; La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera; Cuando se trate de preparaciones magistrales, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con sus respectivos formatos complementarios; Los requisitos que evaluará el auditor de conformidad con el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 y que deben cumplirse para el efecto de la auditoría de cobros son: - Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe; - Lugar y fecha de la prescripción; - Nombre del paciente o documento de identificación; - Medicamento expresado en Denominación Común Internacional (nombre genérico); - Concentración y forma farmacéutica; - Vía de administración; - Dosis y frecuencia de administración



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
33 02		Laprescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) no cumple con el mínimo establecido para su verificación	Si el ordenamiento médico correspondiente a una prescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) cumple los requisitos	Prescripción de medicamentos (Fórmula médica); orden médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica en donde se puedan establecer los requisitos definidos; En recobros derivados de tutelas y formatos complementarios	Requisitos a evaluar y cumplirse para efecto de la auditoría de recobros son: Hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia; Clara y legible; Idioma español; en forma escrita y a ser por copia mecanográfica; medio electromagnético y/o computarizado; La prescripción permitir confrontación entre lo ordenado; realizado y facturado; La prescripción permitir la correlación del procedimiento ordenado con el diagnóstico; Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe; Lugar y fecha de la prescripción o de la realización del procedimiento; Nombre del paciente o documento de identificación; Nombre del procedimiento o CUPS; Frecuencia de uso; Cantidad solicitada; Tiempo total de uso; Vigencia de la prescripción; Nombre o firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional
33 03		La orden; fórmula médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada	La evidencia de la prescripción describe la tecnología en salud ordenada	CTC Ambulatorio: Orden o fórmula médica; CTC Hospitalario: Orden; fórmula médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica; Fallos de tutela expresos; Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
33 04		No aporta orden; fórmula médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica que evidencie la salud fue prescrita por el médico tratante prescripción	Existe evidencia de que la tecnología en Fallos de tutela expresos; Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral	CTC Ambulatorio: Orden o fórmula médica; CTC Hospitalario: Orden; fórmula médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica; Fallos de tutela expresos; Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral	
33 05		La orden; fórmula médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica legible	La evidencia de la prescripción del médico tratante es legible	CTC Ambulatorio: Orden o fórmula médica; CTC Hospitalario: Orden; fórmula médica; resumen de atención; epicrisis o historia clínica; Fallos de tutela expresos; Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral	
34 01		No aporta acta de CTC de la tecnología en salud recobrada y/o el mismo no se evidencia en el histórico	Existe Acta de CTC	Acta de CTC	El Acta de CTC puede contener varias tecnologías en salud siempre cuando correspondan a un mismo usuario; se estén aprobando en la misma fecha los servicios solicitados; correspondan a solicitudes del mismo médico tratante; la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en el resto del formato. En caso de prestaciones sucesivas; solo se adjunta Acta de CTC la primera vez y posteriormente solo se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada inicialmente; de conformidad con el parágrafo 1 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013
34 02		El Acta de CTC No.() no es legible (aplica para cualquier campo evaluable del documento)	El Acta de CTC es legible	Acta de CTC	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS REQUISITOS SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo	Texto (2) Codigo	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
34 03		El acta de CTC No.() no incluye nombre o identificación del usuario	El Acta de CTC identifica el usuario?	Acta de CTC	
34 04		El Acta de CTC No.() no contiene la fecha de elaboración	El Acta de CTC tiene fecha de elaboración?	Acta de CTC	
34 05		El Acta de CTC No.() no identifica el diagnóstico o no registra la codificación internacional de enfermedades CIE10	El Acta de CTC tiene registrado el diagnóstico según listado CIE10?	Acta de CTC	
34 06		El Acta de CTC No.() no contiene la justificación médica de la decisión adoptada o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente; de acuerdo con la tecnología autorizada	En el Acta de CTC hay una justificación médica y ésta se relaciona con el diagnóstico CIE-10 que corresponde con la tecnología autorizada?	Acta de CTC	En la justificación se verifica; que sea específica para el usuario y que el autorizado tenga una relación coherente con la patología diagnosticada
34 07		El Acta de CTC No.() no describe el nombre del medicamento autorizado de forma completa	El Acta de CTC describe de forma completa el medicamento NOPOS autorizado?	Acta de CTC	Para que el Acta de CTC se considere completa en caso de autorizar medicamentos debe identificar: Principio(s) activo(s) individuales o combinados; Código ATC; Concentración; Forma farmacéutica; Número de días/tratamiento; Número de dosis/día; Cantidad autorizada
34 08		El Acta de CTC No.() no describe el procedimiento autorizado de forma completa	El Acta de CTC describe de forma completa el procedimiento autorizado?	Acta de CTC	El procedimiento autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: El CUPS del procedimiento autorizado (si lo tiene); Frecuencia de uso; Cantidad Autorizada; Tiempo Total; Objetivo y motivo de recurrencia si aplica
34 09		El Acta de CTC No.() no identifica de forma completa el insumo autorizado y/o no cumple la condición de exceder el condicionamiento definido en el POS o su mención explícita	El Acta de CTC describe de forma completa el insumo autorizado?	Acta de CTC	El insumo autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: Nombre; Objetivo; Frecuencia de uso; Cantidad Autorizada y Tiempo Total



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
34 10		El Acta del CTC no identifica el o los procedimientos con su código CUPS correspondiente; en los que fue utilizado el dispositivo médico autorizado	El CUPS señalado en el acta de CTC corresponde al procedimiento en el cual se utilizó el dispositivo médico (solo en los casos que aplique)	Acta de CTC	
34 11		El Acta del CTC No.() no contiene la certificación de cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización	El Acta de CTC cuenta con la verificación de cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la norma?	Acta de CTC	
34 12		El Acta del CTC No.() no contiene el diligenciamiento de todos los criterios para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T-160 de 2014	El Acta de CTC cuenta con la verificación de los criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014?	Acta de CTC	
34 13		El Acta del CTC No.() no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado con su grupo terapéutico; principio(s) activo(s) individuales o combinados; Código ATC; concentración; forma farmacéutica; número de días/tratamiento; número de dosis/día y cantidad equivalente al medicamento	El acta del CTC identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado?	Acta de CTC	
34 14		El Acta del CTC No.() no identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado	El acta del CTC identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado? (solo en los casos que aplique)	Acta de CTC	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS REEMBOSOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
34 15		El acta del CTC No. () no identifica el o los procedimientos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen; (si aplica) Salud que se reemplazan o sustituyen (si aplica); equivalentes a los autorizados o negados con el CUPS (si aplica); objetivo; frecuencia de uso; cantidad y tiempo total	El acta del CTC identifica el o los procedimientos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen (si aplica); equivalentes a los autorizados o negados con el CUPS (si aplica); objetivo; frecuencia de uso; cantidad y tiempo total?	Acta de CTC	
34 16		El acta del CTC No. () no identifica el comparador administrativo del procedimiento recobrado	El acta del CTC identifica el comparador administrativo del procedimiento recobrado? (si aplica)	Acta de CTC	
34 17		El Acta de CTC no permite verificar la decisión adoptada por el Comité	El Acta de CTC da cuenta de la decisión adoptada por el Comité?	Acta de CTC	
34 18		de realización del CTC es posterior a la fecha de entrega de la tecnología a salud; no se trata de un CTChospitalario; no es una urgencia manifiesta ni el usuario es una víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011	La fecha de Acta de CTC es anterior a la fecha de prestación de la tecnología en salud?	Acta de CTC	No aplica en casos de: evidencia de una urgencia manifiesta o tecnología en salud no requeridas por las víctimas que trata el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011; respecto de los servicios contenidos en el Artículo 54 de la mencionada Ley. El tiempo entre la fecha de entrega o aplicación de la tecnología a salud no poseen los casos de urgencia manifiesta o requerimiento de víctima será como máximo veintea (20) días hábiles después de la fecha de egreso del paciente
34 19		El Acta de CTC No. () no registra nombre y firma de uno o más de los integrantes del CTC; indicando número de registro médico cuando aplique no se anexa certificación del representante legal en la que se indique bajo la gravedad de juramento que el Acta fue suscrita en sesión realizada por los integrantes autorizados y de acuerdo con la información allí registrada	El Acta de CTC se encuentra debidamente firmada?	Acta de CTC	El Acta de CTC debe estar firmado al menos por 2 de los integrantes del Comité con el respectivo nombre y registro médico si aplica este último. Siempre que las firmas estén incompletas debe adjuntarse el acuerdo con el Parágrafo 3 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013 la certificación del representante legal de la entidad recobrante



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECIENOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
34 20		El Acta Aclaratoria de CTC No. () afecta la situación o el derecho creado en favor del respectivo usuario; modifica la tecnología en salud recobrada; no es congruente entre los solicitados; lo deliberado; lo facturado y lo suministrado	El Acta de CTC tiene acta aclaratoria y su contenido se ajusta a los criterios definidos?	Acta de CTC	Ver definición y criterios de Acta Aclaratoria de CTC en el glosario
34 21		El acta consolidada de CTC No. () no cuenta con los siguientes requisitos: la identificación de cada uno de los casos analizados en la sesión; número consecutivo; firma autógrafa o digital de todos los miembros; nombre completo del usuario; tipo y número de identidad; tecnología en salud evaluada; concepto del comité y cantidad autorizada	El Acta consolidada de CTC y su contenido o digital de todos los miembros; ajusta a los criterios definidos?	Acta de CTC	Ver definición y criterios de Acta Aclaratoria de CTC en el glosario
34 22		El Acta de CTC No. () que autoriza varias Tecnologías en Salud no cumple con las siguientes condiciones: i) corresponder a un mismo usuario; ii) estar aprobadas en la misma fecha; iii) la justificación médica y el diagnóstico no aplican en todos los casos de igual forma y iv) no cumple con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013	El Acta de CTC autoriza varias tecnologías en salud a un mismo usuario y su contenido se ajusta a los criterios definidos?	Acta de CTC	Ver definición y criterios de autorización de múltiples tecnologías en salud NO POS para un mismo usuario en el glosario
34 23		La tecnología en salud NO POS presenta alertas de efectividad y calidad	La tecnología en salud NO POS recobrada tiene alertas de seguridad; efectividad y seguridad; calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS?	Acta de CTC	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
35 01		No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico	La tecnología en salud fue ordenada mediante fallo de tutela y este existe?	Fallo de tutela	
	35 02	El fallo de tutela es incompleto	El fallo de tutela y/o sus anexos aportados completo(s)?	Fallo de tutela	El fallo de tutela completo corresponde a aquel que tenga la totalidad de los folios expedidos por la autoridad judicial; la fecha; el nombre de la autoridad judicial y el número del proceso
35 03		El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad	El fallo de tutela aportado es legible?	Fallo de tutela	
35 04		El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante	El fallo de tutela identifica la entidad recobrante?	Fallo de tutela	
35 05		La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expresivo integral	La tecnología en salud recobrada se encuentra ordenada en el fallo de tutela?	Fallo de tutela	
35 06		La tecnología en salud recobrada no se encuentra identificada en el fallo de tutela y no adjunta el formato de justificación médica de tecnologías	En caso de fallo de tutela integral ¿La tecnología en salud recobrada se encuentra identificada en el fallo de tutela o en el formato de justificación médica de tecnologías?	Fallo de tutela; Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresivos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo?	Si el fallo de tutela en cualquier de sus partes otorga un tratamiento integral o no es expreso para identificar la Tecnología en Salud No Posarecobrar deberá adjuntarse el Formato de Justificación Médica en salud ordenadas por fallos de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresivos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo. Tutela Que No Sean Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador sin comparador administrativo



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
35 07		El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral no contienen la justificación médica de administrativo debidamente firmado; en salud ordenadas por fallos de justificación que permita la correlación entre el la adoptada y/o no contiene la justificación médica de la tutela que no sean expresos que diagnóstico consignado en el fallo; el diagnóstico corresponde con el (los) decisión adoptada; corresponde con el (los) ordenamiento integral cono actual y lo recobrado; soportado por la firma de un diagnóstico(s) del paciente; de diagnóstico(s); latecnología autorizada y el sin comparador administrativo auditor de la entidad acuerdo con latecnología autorizada resto de su contenido se ajusta a los y/o no se encuentra debidamente criterios definidos?		Fallo de tutela; Formato de En los casos en que el diagnóstico inicial que motivó el fallo de tutela ha cambiado; deber emitirse una justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de justificación que permita la correlación entre el la adoptada y/o no contiene la justificación médica de la tutela que no sean expresos que diagnóstico consignado en el fallo; el diagnóstico corresponde con el (los) decisión adoptada; corresponde con el (los) ordenamiento integral cono actual y lo recobrado; soportado por la firma de un diagnóstico(s) del paciente; de diagnóstico(s); latecnología autorizada y el sin comparador administrativo auditor de la entidad acuerdo con latecnología autorizada resto de su contenido se ajusta a los y/o no se encuentra debidamente criterios definidos?	
35 08		El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral no contienen la justificación médica de administrativo debidamente firmado; en salud ordenadas por fallos de justificación que permita la correlación entre el la adoptada y/o no contiene la justificación médica de la tutela que no sean expresos que diagnóstico consignado en el fallo; el diagnóstico corresponde con el (los) decisión adoptada; corresponde con el (los) ordenamiento integral cono actual y lo recobrado; soportado por la firma de un diagnóstico(s) del paciente; de diagnóstico(s); latecnología autorizada y el sin comparador administrativo auditor de la entidad acuerdo con latecnología autorizada resto de su contenido se ajusta a los y/o no se encuentra debidamente criterios definidos?		Fallo de tutela; Formato de fallos de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que no identifica el comparador administrativo del medicamento sin comparador administrativo recobrado	
36 01		La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega de la tecnología en salud NO POS	Existencia de evidencia de entrega al usuario de la tecnología en salud NO POS	Factura de venta o documento incluido en el plan de beneficios al usuario; se o; Fórmula u orden verificará con la firma o documento de quien lo recibe. Tenga en cuenta que no siempre el paciente puede ser el firmante incluso por sumisa condición tecnología de salud; el requisito se mantiene ante la o; Historia importancia de tener evidencia que el servicio fue recibido	La evidencia de la entrega de la tecnología no equivalente



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
36 02		La entidad recobrante no aporta el documento con la firma o número de identificación del paciente; su responsable; ¿Existe uno de los documentos como constancia de recibido de la lista firmada o tecnología como constancia de número de identificación por el usuario; de venta o su acudiente; responsable; representante; o quien recibe la tecnología como indiques si el servicio fue efectivamente entregado o verifique si trae un formato diseñado por la entidad tal fin cuenta de la entrega del servicio	Factura de venta o documento de la factura de venta o documento equivalente; en la fórmula u orden fórmula u orden médica. Si no se encuentra en médica; Certificación del proveedor; ninguna de las anteriores; valide que el recibo traiga adjunta una certificación del prestador que médica; orden; certificación del proveedor o formato diseñado para que dé	Informe de atención inicial de urgencias ¿Existe copia del informe de urgencias?	La firma o el número de identificación como constancia de recibido; debe estar presente en representante; cualquier de los siguientes soportes del recibo: en acudiente o de quien recibe la recibido en la factura documento equivalente; fórmula de constancia de recibido?
36 03		La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología recobrada	Si corresponde a una atención inicial de urgencias ¿Existe copia del informe de urgencias?	Informe de atención inicial de urgencias	Ver glosario que define el término atención de urgencias; Referido a las atenciones donde la estadía del paciente sea superior a 24 horas dentro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. En este caso; se admitirá como evidencia de suministro en caso de tratarse de medicamentos; las órdenes médicas y hojas de aplicación de medicamento y notas de enfermería; solos es posible establecer copia de la quedichos soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que presta el servicio; Para el caso de tecnologías en salud no usadas en salas de cirugía se admitirá como evidencia de suministro la hoja de descripción quirúrgica o la hoja de gastos de la cirugía; en caso de tratarse de medicamentos; se admitirá como soporte el récord de anestesia. Lo anterior; solos es posible establecer quedicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que presta el servicio
36 04		La entidad recobrante no aporta evidencia de entrega de la tecnología recobrada	Atención o historia clínica como cirugía hospitalaria o ambulatoria ¿Existe copia de la atención o historia clínica?	Copie de Epicrisis; Copie del Resumen de atención; Historia Clínica	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS REEMBOSOS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
36 05		La evidencia de entrega no es legible	La evidencia de entrega es legible?	Factura de venta o documento equivalente o; Fórmula u orden médica o; Certificación del proveedor o; Formato diseñado por la entidad; Copia de Epicrisis o; Copia del Resumen de atención o; Historia Clínica	
37 01		La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de tecnología en salud recobrada	Existe factura o documento equivalente?	Factura de venta o documento equivalente; Certificación del proveedor; Certificación del representante legal de la EPS	
37 02		La factura de venta o documento no es legible	La factura o documento equivalente es legible?	Factura de venta o documento equivalente; Certificación del proveedor; Certificación del representante legal de la EPS	
37 03		La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no es legible	La factura o documento equivalente descrito de forma completa en salud facturada?	Factura de venta o documento equivalente; Certificación del proveedor; Certificación del representante legal de la EPS	Se entiende por factura completa aquella que cumple las siguientes condiciones: Nombre o identificación del afiliado al cual se suministra la tecnología o POS; descripción; valor unitario; valor total y cantidad de la tecnología en salud no POS y fecha de radicación de la factura ante el pagador; Si está completa el representante legal de la EPS debe declarar la cantidad; Si la factura contiene cantidades y el valor total por cada servicio prestado; que permita determinar el valor unitario; no se exigirá que este descrito el mismo
37 04		La factura No.() no incluye el detalle de cargos o anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscriba dicho detalle	La factura incluye el detalle de cargos o aporta la certificación del representante legal de la entidad?	Factura de venta o documento equivalente; Certificación del proveedor; Certificación del representante legal de la EPS	Siempre y en cualquier caso la factura debe aportar el detalle de cargos; en ausencia de éste la certificación del representante legal de la entidad



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
37 05		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 la tecnología en salud NO POS por cada usuario; fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación	En caso de factura que incluye el tratamiento de más de un usuario ¿Se anexa a la factura de forma adicional la certificación del proveedor?	Factura de venta o documento equivalente; Certificación del proveedor	
37 06		La factura No. () incluye compra al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió (eron) la tecnología NO POS y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrada la tecnología NO POS y la factura a la cual se imputa la tecnología NO POS	En caso de factura por compra al por mayor en la cual no se describe al paciente(s) que recibió el servicio ¿Se anexa la certificación del representante legal en la que indique a quien(es) fue suministrada la tecnología NO POS?	Factura de venta o documento equivalente; Certificación del representante legal de la entidad recobrante	
37 07		La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación?	En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la declaración de importación?	Declaración de Importación quien importa el medicamento	Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es importación
37 08		La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración andina de valor?	En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la declaración andina de valor?	Declaración Andina de Valor quien importa el medicamento	Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es valor
37 09		La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero?	En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la factura del agente aduanero?	Factura del agente aduanero quien importa el medicamento	Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es aduanero
37 10		No se anexa la certificación firmada por el representante legal de la entidad que indica el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro; el afiliado y la cantidad recobrada	En caso de medicamentos importados ¿Existe certificación firmada por el representante legal de la entidad que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de y la recobro; el afiliado y la cantidad recobrada?	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es quien importa el medicamento



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
37 11		No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación; el afiliado y la cantidad de medicamentos recobrada; cuando se generen importaciones por la entidad que se suministren a usuarios verificando sesuminstrena otros usuarios verificando medicay las causas que originaron las disponibilidades	En caso de medicamentos importados ¿Existe certificación firmada por el número de representante legal de la entidad que indica el número de la declaración de importación; el afiliado y la cantidad de medicamentos recobrada; cuando se generen importaciones por la entidad que se suministren a importados por la entidad que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades?	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es quien importa el medicamento
37 12		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 la tecnología NOPOS a su programa de EPS	La factura de la Caja de Compensación Familiar contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación?	Factura de venta o documento equivalente	
37 13		La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica	La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica?		
38 01		El fallo no otorga de manera expresa el recobro a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío por prestaciones económicas y además éstas se reconocen de acuerdo con el procedimiento descrito en Nota Externa 201433210469851 del 7 de abril de 2014	¿El fallo de tutela ordena prestaciones económicas de manera expresa al recobro a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío?	Fallo de tutela	Prestaciones Económicas corresponden a: licencia de maternidad; paternidad o incapacidad por enfermedad general
38 02		El fallo de tutela a favor de usuario excepcional no otorga de manera expresa el recobro a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío de	Si el paciente corresponde al régimen subsidiado; especial o excepcional ¿El fallo de tutela otorga el recobro a la Secretaría Departamental de Salud del Quindío de manera expresa?		



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
38 03		La Tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de tránsito y a ún nose ha agotado la cobertura SOAT	La tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de tránsito?	Fallo de tutela; Acta de CTC; Certificado de agotamiento de cobertura ECAT y de la aseguradora SOAT del vehículo	Debe validar el agotamiento de la cobertura del vehículo
38 04		La Tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral	La tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral?	Fallo de tutela; Acta de CTC	
38 05		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 SGSSS?	La tecnología recobrada corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS?	Fallo de tutela; Acta de CTC; Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que nosean expresos o que ordenen tratamiento integral	
39 01		La tecnología en salud objeto de recobro fue radicada dos veces en el paquete. Se anulan los recobros radicados No. ()	El recobro ya fue radicado en el mismo paquete?	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social
39 02		La tecnología en salud objeto de recobro fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No. ()	El recobro ya fue radicado en otro paquete del mismo periodo?	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social
39 03		La tecnología en salud objeto de recobro ha sido pagada con anterioridad por la Secretaría Departamental de Salud del Quindío	El recobro fue aprobado en otro paquete?	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
		en el recobro No. () correspondiente al paquete ()			
	40 01	El recobro fue presentado con posterioridad al año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento	La solicitud de recobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa equivalente vigente?	Factura de venta o documento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento; Cuando el recobro supere el año entre la fecha de radicación y la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento; se entenderá radicado oportunamente siempre y cuando se presente en el periodo de radicación inmediatamente siguiente	El tiempo oportuno previsto por la normativa vigente para la presentación de un recobro se establece en el Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 y corresponde a la presentación del recobro dentro de los años siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento; Cuando el recobro supere el año entre la fecha de radicación y la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento; se entenderá radicado oportunamente siempre y cuando se presente en el periodo de radicación inmediatamente siguiente
	40 02	El recobro no fue presentado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a aquel en el que se cumplía el año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento	La solicitud de recobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa equivalente vigente?	Factura de venta o documento con el tiempo previsto por la normativa equivalente vigente?	
	40 03	El reintegro del recobro no fue	El reintegro del recobro se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo establecido previsto por la normativa vigente?	Formatos MYT01 y MYT02 radicados; Resolución 5395 de 2013 para la presentación de una objeción a los resultados de auditoría; La comunicación del resultado de auditoría	El tiempo oportuno previsto por el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013 para la presentación de una objeción a los resultados de auditoría es de 2 meses siguientes al recibimiento de la comunicación del resultado de auditoría
	40 04	El recobro no fue ingresado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a la fecha de la comunicación del resultado de resultado?	La solicitud de recobro con resultado de auditoría no aprobada reingresa sin objeción a la auditoría después de los dos (2) meses siguientes a la comunicación del resultado de auditoría	Formatos MYT01 y MYT02 radicados; anteriormente y con resultado de auditoría; La comunicación del auditoría	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
40 05		La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido	La objeción a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente?	La comunicación del resultado de auditoría	El tiempo oportuno no previsto por el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013 para la presentación de una objeción al resultado de auditoría es de 2 meses establecido siguientes al recibimiento de la comunicación del resultado de auditoría
40 06		La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido	La objeción a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente?	La comunicación del resultado de auditoría	
41 01		La tecnología en salud autorizada por el CTC; 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; corresponde con la facturada	La descripción de la tecnología en salud consistente en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro	El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información; la verificación que el medicamento facturado; independiente de su forma de comercialización (genérico o de marca); corresponde al mismo principio activo; forma farmacéutica y concentración autorizada por el Acta de CTC; Fallo de Tutela o Formato De Justificación Médica De Tecnologías En Salud Ordenadas Por Fallos De Tutela Que No Sean No Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador Administrativo y por lo tanto recobrado en el formato
41 02		La tecnología en salud autorizada por el CTC; 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; corresponde con la suministrada	La descripción de la tecnología en salud consistente en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro	El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información; la verificación que el medicamento facturado; independiente de su forma de comercialización (genérico o de marca); corresponde al mismo principio activo; forma farmacéutica y concentración autorizada por el Acta de CTC; Fallo de Tutela o Formato De Justificación Médica De Tecnologías En Salud Ordenadas Por Fallos De Tutela Que No Sean No Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador Administrativo y por lo tanto recobrado en el formato



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
	41 03	Latecnología en salud autorizada por el CTC; no corresponde con la prescripción por el profesional de la salud tratante	La descripción de la tecnología en salud consistente en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro autorizada por el Acta de CTC; Fallo de Tutela o	El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información; la verificación que el medicamento facturado; independiente de su forma de comercialización (genérico o de marca); corresponde al mismo principio activo; forma farmacéutica y concentración autorizada por el Acta de CTC; 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 y por lo tanto recobrado en el formato
41 04		El usuario contenido en el Acta de CTC; fallo de tutela o formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo; no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente	El usuario por el cual se recobra la tecnología en salud es el mismo en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro	
41 05		El usuario contenido en el Acta de CTC; no corresponde con el registrado en la prescripción médica o en el formato de justificación médica de tecnologías en salud	El usuario por el cual se recobra la tecnología en salud es el mismo en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro	
41 06		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 usuario por el cual se recobra la tecnología en salud es el mismo en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESSENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
42 01		El valor recobrado es mayor al valor liquidado conforme al establecido en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013; por lo tanto; se reliquida y seglosa la diferencia	Se verifica que el valor recobrado reportado por la entidad incluya los descuentos relacionados en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013 y posteriormente se deba resolver; ¿el valor recobrado supera al valor liquidado?	Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo.txt (campo denominado vr_recobro); Factura de venta o documento equivalente	No se reconocerán variaciones posteriores del precio de las tecnologías en salud; ni ajustes por inflación o cambio de anualidad. El valor objeto de aprobación no podrá superar el monto registrado en el medio magnético en el campo denominado "Valor Recobro"
42 02		Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad de la tecnología en salud ordenada por el CTC o autorizada por el fallo de tutela; seglosa la diferencia	La cantidad facturada corresponde con lo autorizado por el fallo de tutela?	Factura de venta o documento equivalente; Formato de CTC; Fallo de tutela	
42 03		Se reconoce () unidades correspondientes a la tecnología en salud NO POS; las demás unidades recobradas se glosan y seglosa la diferencia	La cantidad facturada de la tecnología corresponde a la cantidad establecida en el plan de beneficios?	Factura de venta o documento equivalente; Formato de CTC; Fallo de tutela; Actos administrativos que definen los contenidos del POS	
42 04		El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No.(); por lo tanto; seglosa Medicamentos y Dispositivos Médicos?	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado por la entidad recobrante; se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Precios de recobro	Factura de venta o documento equivalente; Medio magnético del recobro	Para la reliquidación debe tener en cuenta la fecha de prestación del servicio y la normativa aplicable para esa fecha; relacionada con regulación de la diferencia
42 05		El valor de la tecnología en salud recobrada; es mayor al valor máximo establecido; por lo tanto; seglosa la diferencia	El valor de la tecnología en salud recobrada (excepto medicamentos) es superior al valor máximo establecido?	Factura de venta o documento equivalente; Medio magnético del recobro	
42 06		El resultado de la operación del cálculo del Encasodemedicamentos con comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia	¿la operación matemática de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral	Acta de CTC; Valor recobrado El registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_recobro); Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
42 07		El resultado de la operación del cálculo del Encasodeprocedimientosconcomparador en el archivo .txt (campo comparador administrativo del administrativo ¿la operación matemática denominada vr_recobro); Formato procedimiento recobrado presenta para establecer el valor del comparador de justificación médica de errores y por lo tanto se glosa la administrativa; es correcta? diferencia		Acta de CTC; Valor recobrado El registradoporlaentidadrecobrante matemática de justificación médica de tecnologíasensaludordenadaspor fallosde tutela que nosean expresos o que ordenentratamientointegral Acta de CTC; Valor recobrado registradoporlaentidadrecobrante	
42 08		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	Encasodemedicamentossincomparador en el archivo .txt (campo administrativo; ¿la operación matemática denominada vr_recobro); Formato para establecer el valor del medicamento de justificación médica de que reemplaza o sustituye; es correcta?	tecnologíasensaludordenadaspor fallosde tutela que nosean expresos o que ordenentratamientointegral Acta de CTC; Factura de venta o equivalente; Historia autorizados por Comité Técnico Científico u clínica; Epicrisis; Resumen de ordenadospor Fallo de Tutela que no tengan un procedimiento registrado para establecer el valor del medicamento de justificación médica de tecnologíasensaludordenadaspor fallosde tutela que nosean expresos o que ordenentratamientointegral	En cuanto a los procedimientos de salud no pose documento
42 09		El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento que reemplaza o sustituye; valor del procedimiento que reemplaza o sustituye; es correcta? diferencia	Encasodeprocedimientosrealizadosbajo atención; Valor recobrado registrado procedimiento que reemplaza o sustituye en el archivo.txt (campo denominado vr_recobro); Formato de justificación médica de tecnologías en salud proveedor del servicio de conformidad con el sean expresos o que ordenen tratamiento integral	Plan Obligatorio de Salud; y así mismo esté justificado en los Respetivos documentos del recobro; se reconocerá el valor facturado por el glosa la diferencia	numeral 2 del Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:		VERSIÓN:	001	FECHA:	Diciembre de 2016
----------------	--	-----------------	-----	---------------	-------------------

CODIFICACIÓN DE GLOSAS Y DESCRIPCIÓN POR REQUISITOS ESENCIALES

Numerico (5) Codigo Requisito	Texto (2) Codigo Glosa	Texto (500) Detalle Glosa	Texto (250) Criterio Auditoria	Texto (400) Fuente Validacion	Texto (1000) Notas
42	10	Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o por capítulo del inlcuido en el POS y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación	El valor solicitado de la tecnología en salud por la entidad recobrante en el POS es menor o igual al costo por evento o por capítulo de lo incluido en el POS?	Acta de CTC; Factura de venta o documento equivalente; Historia clínica; Epicrisis; Resumen de atención; Valor recobrado registrado	Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el POS de la Resolución 5521 de 2013



8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBROS ORIGINADOS EN APROBACIONES DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA

El sistema de verificación y control del pago de las tecnologías en salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, de fin de los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro, se establece un procedimiento claro, preciso, transparente, seguro, ágil, eficaz y con suficiencia, que unifica términos y fechas de pago, elimina requisitos inocuos y suprime glosas infundadas para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el mencionado procedimiento la normativa vigente establece los requisitos generales y específicos que deben cumplir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de recobro originadas en autorizaciones del Comité Técnico Científico u ordenadas por fallos de tutela, y las actividades para llevar a cabo la verificación de dichos requisitos y su coherencia, los términos y plazos, el pago de las solicitudes cuando haya lugar a ordenar el gasto y autorizar el giro, así como otras disposiciones.

Las solicitudes de recobro surten las siguientes etapas de validación:

- **Pre-radicación:** se valida la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.
- **Radicación:** se presenta ante el Ministerio de Salud y Protección Social la entidad que se define para el efecto, los formatos MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda.
- **Pre-auditoría:** se verifica que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.
- **Auditoría Integral:** se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros, conforme a lo descrito en el presente manual.

Una vez se han concluido las etapas de pre-radicación, radicación y pre-auditoría descritas, inicia el proceso de Auditoría Integral con las solicitudes a auditar, es decir que se encuentran disponibles los soportes del recobro en sus respectivos medios magnético e imagen.



9. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES

Una vez realizadas las actividades del proceso de auditoría integral de cobros originados en aprobaciones del Comité Técnico Científico y ordenaciones por fallo de tutela, se obtienen los resultados de dicho proceso, los cuales son comunicados a la entidad recobrante, quien tiene 2 meses de acuerdo con la normativa vigente para objetar dicho resultado.

Los resultados de Auditoría Integral pueden ser los siguientes:

7.1 Aprobado: Cuando alguno o algunos de los ítems del recobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente en el manual de auditoría.

- **Aprobado total:** cuando todos los ítem(s) del recobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.
- **Aprobado con reliquidación:** Cuando se aprueban todos los ítems del recobro, sin embargo, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.
- **Aprobado parcial:** cuando se aprobaron para pago parte de los ítem(s) del recobro

7.2 No aprobado: Cuando todos los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente en el manual de auditoría.

El resultado de la auditoría integral de los cobros se comunica al representante legal de la entidad recobrante, a domicilio y a la dirección electrónica informados, con el detalle del estado de cada solicitud de recobro y las causas de glosa que se hayan aplicado en medio magnético con la misma estructura presentada para la radicación, dentro de los tres (3) días siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación.

La comunicación contendrá la siguiente información:

- Fecha de expedición de la comunicación.
- Número de radicación de cada recobro.
- Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado total o con reliquidación, o no aprobado.
- Causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago, cuando exista aprobación parcial.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE
LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGOS DE SERVICIOS Y
TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE
BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

FECHA:

Diciembre de 2016

- Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
- La comunicación impresa se acompañará de medio magnético con información bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosas si hubiere, conforme al capítulo de glosas del presente manual.

Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado que se realice dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "Objeción al resultado de auditoría", precisando las razones de la misma por cada ítem de cada uno de los recobros. Para dicho proceso es necesario tener en cuenta:

- En caso que se presenten varias glosas a un mismo recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
- La objeción no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
- Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.
- Si la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información, si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro, la entidad, podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
- El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
- Las objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.
- Las objeciones deben incluir el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.
- El resultado de la objeción se dará dentro del mes siguiente a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considerará definitivo.



Gobernación del Quindío



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS Y SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS PARA EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

001

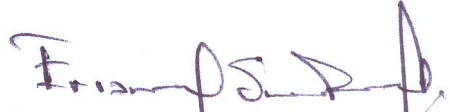
FECHA:

Diciembre de 2016

Elaboró:


DIANA MÁRCELA MEJÍA GARZÓN
Profesional Universitario - Contratista


SANDRA ARANGO QUINTERO
Ingeniera de Sistemas Fundación


ERISNEL DE JESUS SIERRA DORADO
Tecnólogo - Contratista


JOHN FERNANCO VÉLEZ PAREJA
Ingeniera de Sistemas Fundación

Revisó:


HECTOR MARIO TABORDA GALLEGO
Director de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud

Aprobó:


CESAR AUGUSTO RINCÓN ZULUAGA
Secretario Departamental de Salud