



MANUAL DE AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBROS/COBROS

ANEXO RESOLUCION 2176 DEL 05 DE SEPTIEMBRE DE 2018

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
PASTO, JULIO 2018**



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. PROPOSITO
2. ALCANCE
3. DEFINICIONES
4. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL”
5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS ORIGINADOS EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES
7. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECCIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL
8. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE SUBSANACIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA
9. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SIN COBERTURA EN EL POS DE LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO MODELO II



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS
EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 2 de 45

INTRODUCCION

El Instituto Departamental de Salud, presenta el MANUAL DE AUDITORIA INTEGRAL que va a permitir servir de referencia y guía a los diferentes actores del SGSSS para tener claridad consistencia, completitud, legibilidad y precisión de la información que se radica en las solicitudes de cobro derivadas de tecnologías en salud no financiados por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiados, así como que ésta se realice dentro de los términos y condiciones que se indican en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

De conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1797 de 2016, las Entidades Territoriales están obligadas a gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta.



1. PROPÓSITO

Estandarizar los criterios de verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en la Resolución 2438 de 2018 modificada por la Resolución 3055 de 2018, de los cobros/recobros presentados ante el IDSN por tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado, en el aspecto de técnico que tenga en cuenta la autonomía médica señalada en la Ley 1751 de 2015, jurídico y financiero, señalados por las normas vigentes e instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, los cuales serán la base en la etapa de auditoría integral con el fin de generar resultados en los tiempos y con la calidad que se requiere para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Salud –SGSSS, en especial las entidades recobrantes, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

2. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en este Manual aplican a los Profesionales de la Salud, Delegados Administrativos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y/o de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el Profesional Servicio Social Obligatorio y/u proveedores que suministren a sus afiliados tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con los recursos de la UPC del régimen subsidiado, que hayan sido prescritas a través de la herramienta tecnológica dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social “Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud no Cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – MIPRES No PBS”.

3. DEFINICIONES

1. **Comparador administrativo:** Tecnología en salud financiada con recursos de la UPC que las entidades cobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de cobro.
2. **Cuidador:** Aquel que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el plan de beneficios en salud cubierto por la UPC.
- 3.



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

4. Ítem de la prescripción: Cada tecnología en salud o servicio complementario que se solicita en una misma prescripción.

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

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

7. Otros agentes: Actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que realizan el suministro efectivo.

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

9. Prestación sucesiva: Tecnología en salud o servicio complementario que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.

10. Profesional de la salud: Para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías: médicos, optómetras y odontólogos.

11. Profesional de la salud par: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Si la prescripción se realiza por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.

12. Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios: Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 5 de 45

salud, o en casos excepcionales, las EPS o las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las juntas de profesionales de la salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante la herramienta tecnológica dispuesta por este ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud prescritas que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.

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

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

15. Servicios complementarios: Servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad. Comprende:

13.1 (sic). Servicio: Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.

13.2 (sic). Tecnología: Conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.

16. Tecnología en salud por conexidad o derivada de una complicación: Tecnología en salud que haciendo parte del plan de beneficios por ser conexas o derivadas de una complicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC deben ser prescritas y cobradas ante las entidades territoriales a través de la herramienta tecnológica. El profesional de la salud habilitado por la EPS podrá reportarla en la herramienta tecnológica de acuerdo con la presente resolución, indicando la tecnología no financiada que le dio origen.

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

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

19. Tecnología en salud: 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 esta atención.

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



21. Etapas del proceso de verificación y control de las solicitudes de recobro/cobro: las solicitudes de recobro/cobro para pago surtirán las siguientes etapas de verificación y control. Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte el IDSN.

Etapas de radicación: El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales que pudieren estar cursando. Se deben presentar los Formatos respectivos como la solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente.

Etapas de auditoría integral: el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme al manual de auditoría.

Etapas de Pago: el objeto de esta etapa es generar el pago del recobro/cobro, conforme a los resultados obtenidos una vez se ha surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente.

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

23. Evidencia de entrega en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria y ambulatoria: Corresponde al resumen de atención, la epicrisis o historia clínica.

Evidencia de entrega en la atención inicial de urgencias: Corresponde a la copia del informe de atención inicial de urgencias.

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

23. Prescripción de tiempo para la presentación de los recobros/cobros: corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de recobro/cobro por parte de las entidades recobrantes al no adelantar las etapas de pre-radicación y radicación ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 7 de 45

El término para efectuar el recobro/cobro ante el IDSN será de un año (1) año a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado el recobro/cobro, se declarara la extemporaneidad del proceso, y no habrá lugar al cobro de la misma, excepción hecha de procesos excepcionales, los cuales son discrecionales del IDSN. Si el recobro/cobro a presentar cumple el plazo mencionado, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.

24. Factura de venta: Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario y que el proveedor del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, entrega al comprador de la misma.


25. Factura del agente aduanero: Documento que expide la persona jurídica que ejerce el agenciamiento aduanero, autorizadas por la DIAN para ejercer una actividad de naturaleza mercantil y de servicio, orientada a garantizar que los usuarios de comercio exterior que utilicen sus servicios cumplan con las normas legales existentes en materia de importación, exportación y tránsito aduanero y cualquier operación o procedimiento aduanero inherente a dichas actividades.

26. Fallo de tutela: Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

27. Firmas: Corresponden al registro autógrafo o digital que respalda un documento físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y de ser vinculado con su contenido. Las firmas digitales que se incorporan en los documentos electrónicos deben cumplir con los siguientes atributos: i) ser única a la persona que la usa y estar bajo su control exclusivo, ii) poder ser verificada, iii) estar ligada al mensaje, de tal forma que si este es cambiado queda invalidada, iv) estar conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional y cuente con una refrendación de una entidad acreditadora, ya que solo las firmas en comento otorga eficacia probatoria a los documentos que respalda.

28. 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.

29. Fórmula o preparación magistral. Preparado o producto farmacéutico elaborado por un químico farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente

	MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA		
	CODIGO:	VERSION	

individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

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

31. Fuera de término en la presentación de la objeción: Cuando se presenta y sustenta la objeción después de los dos (2) meses siguientes a la fecha de comunicación del resultado de auditoría.

32. Glosa: no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro/cobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.

33. Identificación del usuario: Corresponde al número de identificación del usuario para el cual se prescribió el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, o el fallo de tutela que ordena el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

34. Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o 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 o fuera de ellas.

35. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): Entidad encargada de 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 colectiva.

36. Insumo médico: Artículo, instrumento, aparato o artefacto, máquina, software, equipo biomédico, utilizado 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.
Ítems del recobro/cobro. Corresponde a cada servicio o tecnología en salud presentada en un mismo recobro/cobro para verificación y pago

37. Identificador único del medicamento - IUM⁴: Es un código único, invariable y de uso público que se le asigna a cada medicamento, de acuerdo a los niveles del estándar.



El IUM permitirá relacionar el medicamento en su descripción común, con el medicamento comercial y la presentación comercial. Está compuesto por trece dígitos.

38. Junta de Profesionales de la Salud: Corresponde a un grupo tres (3) profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del Listado UNIRS o reportados por las sociedades científicas, prescritos por el profesional de la salud.

39. 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 de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía de un país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, del SGSSS.

40. Medicamento vital no disponible: Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

41. Medicamento: Preparación farmacéutica obtenida a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentada bajo una forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Medicamentos con uso no incluido en el registro sanitario (UNIRS). Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

42. Médico Par: Es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

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

44. Número único de radicación (NUR): Corresponde a la identificación asignada por el sistema dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, para la radicación de solicitudes de recobro/cobro.



45. Objeción a los resultados de auditoría: Posibilidad de la entidad recobrante para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los cobros/cobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado.

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

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

48. Presentación comercial: Forma de empaque y distribución de los medicamentos con sus respectivas medidas de contenido.

49. 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, rehabilitación y paliación.

50. Prestación de salud única repetida: Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, y que requiere la misma intervención por presentar una complicación, recurrencia o por ser consecuencia de una posible mala práctica o evento adverso. Principio activo: Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

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

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

53. Recobro Solicitud presentada por una entidad recobrante (EPS) ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño, a fin de obtener el pago de las solicitudes por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud. Solo procederán en el caso de vitales no disponibles, ordenadas



por fallos de tutela, o aquellos casos en los cuales el prestador exija para la prestación pago anticipado, el cual sea realizado por la entidad recobrante.

54. Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC): Entidad responsable del registro e identificación de los colombianos, encargada de inscribir los nacimientos, los matrimonios y la defunción de las personas naturales, de corregir y cancelar los registros civiles y certificar el registro civil.

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

56. Resultado del proceso de auditoría integral: Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros/cobros, conforme los lineamientos del presente manual de auditoría, se genera el resultado que puede ser aprobado (aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial) o no aprobado. Aprobado: Cuando alguno(s) de los ítems del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría. Este resultado tiene las siguientes variables:

Aprobado total: cuando los ítems(s) del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.

Aprobado con reliquidación: cuando 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 aprueba(n) alguno(s) del ítem(s) del recobro/cobro.

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

57. Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS): consistente en la inscripción que se hace al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Ética y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.



58. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED): Sistema de información que suministra los datos necesarios para analizar y controlar el comportamiento de los precios de los medicamentos en Colombia y de esta manera orientar la regulación del mercado de medicamentos en el país.

59. Soporte Documental: Documento que se aporta para la conformación de un recobro/cobro.

60. Subsanación de glosa: Posibilidad de la entidad recobrante de una vez aceptada las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, subsanarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

61. Tecnología en salud. Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico, insumo o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 6408 de 2016 o la norma que la modifique o adicione.

62. 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.

63. Cobro: Solicitud presentada por una entidad cobrante ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño, a fin de obtener el pago de cuentas, realizado directamente por el proveedor o prestador de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a los afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, o prescrito a través de la plataforma MIPRES caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará de acuerdo a lo señalado en la Resolución 1479 de 2015.

4. DEFINICIONES, 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/cobro por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de



Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, presentadas por las entidades recobrantes ante el IDSN considerando el aspecto técnico o de salud, sin dejar de lado la autonomía del médico tratante establecido en la normatividad vigente, jurídico y financiero, de conformidad con lo establecido en el Título IV, Capítulo IV de la Resolución 1885 de 2018

Los tres aspectos mencionados se analizan de forma conjunta y completa para obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC o, por el contrario, que por incumplimiento en alguno de los requisitos da como resultado la aplicación de una glosa.

De acuerdo con lo anterior, la etapa de auditoría integral que se lleva a cabo en el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro/cobro, evalúa el cumplimiento y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los recobro/cobros que se derivan de prescripciones realizadas por el profesional de la salud, 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.

4.1. Características de la información

Para efectos de adelantar la auditoría integral de los recobros/cobros, 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, aplica lo contenido en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que señala: *“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 del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección.”*

4.2. Definición de los requisitos de las entidades recobrantes y cobrantes

4.2.1. Recobrantes

Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el IDSN, los siguientes documentos:



- Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.
 - Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
1. Adicionalmente, EL IDSN deberá verificar que los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes no se deriven de las siguientes situaciones:
 - 1.1. El recobro es de una IPS que inició la prescripción por MIPRES, sin embargo, presentó el recobro por el mecanismo del CTC. En este caso el recobro se anulará.
 - 1.2. El recobro es de una IPS que inició la prescripción por MIPRES, sin embargo, la entidad está presentando recobros por MIPRES y CTC. En este caso el recobro se anulará No está permitido que las IPS prescriban en MIPRES y continúen tramitando servicios por CTC.

4.2.2. Cobrantes

- Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.
- Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
- Prescripciones únicamente a través de aplicativo MIPRES
- Facturas con los requisitos ordenados por la DIAN
- Certificación de Aportes parafiscales
- RIPS, y medios magnéticos requeridos para el pago.

4.3. Definición de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros/cobros



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

Formato de solicitud de recobro, definido por el IDSN, de acuerdo a circular anexa a este manual.

Copia del fallo de tutela o prescripción médica en el aplicativo MIPRES.

Acta de la Junta de Profesionales de la Salud.

Consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante

Copia de la factura de venta o documento equivalente.

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

Los demás soportes que la entidad recobrante considere necesarios y que aporten información adicional.


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

Respecto al acta de la Junta de Profesionales de la Salud: De acuerdo a lo señalado en el artículo 29 de la Resolución 2438 de 2018 *“Registro en caso de usuarios con fallos de tutela. Cuando mediante un fallo de tutela se hayan ordenado servicios complementarios o de soporte nutricional de tipo ambulatorio y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los de la lista UNIRS éstos no requerirán análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud y deberán ser transcritos por parte del profesional de la salud de la Entidad Promotora de Salud-EPS en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto por este Ministerio”*

4.5. Definición de los requisitos

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

El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho: para la fecha en que se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de

	MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA		
	CODIGO:	VERSION	

beneficios en salud con cargo a la UPC objeto del recobro/cobro **(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 fallecido y se contrasta con la fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud recobrada. En el evento que la tecnología sea haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la condición **(i)** se evalúa con la fecha de egreso del usuario.

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

El recobro/cobro derivado de prescripciones o fallos de tutela de usuarios con inconsistencias en BDUA, solo se efectuará si dicha inconsistencia fue subsanada por la Entidad Recobrante en la BDUA, situación que será verificada por el área de auditoría del IDSN, al realizar la validación del usuario objeto del recobro/cobro en la BDUA y se confirme que no presenta inconsistencias en su estado de afiliación.

Si una vez efectuada dicha validación por EL IDSN, se encuentra que el usuario presenta alguna inconsistencia de afiliación en la BDUA, el recobro/cobro no continuará el proceso de auditoría integral y se interpondrá la glosa correspondiente.

Inconsistencias en la RNEC: Si al verificar el reporte de la RNEC existe diferencia con la información de la BDUA, prevalece el reporte de la RNEC. Si el usuario aparece fallecido en la RNEC, pero existe evidencia de encontrarse vivo, la entidad recobrante deberá efectuar la transcripción y garantizar el suministro. Caso en el cual la EPS y el usuario deberán efectuar el trámite pertinente, que permita subsanar la inconsistencia.

El recobro/cobro derivado de prescripciones o fallos de tutela de usuarios con reporte en la RNEC de fallecidos, solo se efectuará si dicha inconsistencia fue subsanada por la Entidad Recobrante, situación que será verificada por la firma auditora, al realizar la validación del usuario objeto del recobro/cobro en la RNEC y se confirme que no se encuentra registrado como fallecido.

Si una vez efectuada dicha validación por EL IDSN si el usuario continuo con reporte de fallecido en la RNEC, el recobro/cobro no continuará el proceso de auditoría integral y se interpondrá la glosa correspondiente.

Identificación de recién nacidos: Cuando se trate de recién nacidos, es válida la prescripción usando el número del certificado de recién nacido vivo



La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prescripción: El servicio o la tecnología en salud objeto de recobro/cobro no se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción en el aplicativo web.

Se entiende como **fecha de prescripción en el aplicativo web**, lo siguiente: fecha de solicitud en el aplicativo MIPRES del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios, por parte de los profesionales de la salud o en su defecto por parte de la EPS en caso de fallos de tutela o diligenciamiento del formato de contingencia.

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

Procedimientos

En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

En relación a las combinaciones de tecnologías en salud: Se cubren las tecnologías en salud descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Medicamentos

Para definir la cobertura de los medicamentos condicionados, se debe tener en cuenta lo siguiente:

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

Principio activo

Concentración

Forma farmacéutica

Aclaración u observación, si se encuentra descrita Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

Radiofármacos: Son cobertura del plan de beneficios con cargo a la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 18 de 45

Medios de contraste: La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del plan de beneficios con cargo a la UPC. Soluciones y diluyentes: Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita como, por ejemplo:

Solución	Procedimiento
Cuadripléjica	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 y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras.)

Igualmente, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Analgesia, anestesia y sedación: Se cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el plan de beneficios con cargo a la UPC, incluida la atención del parto.

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

Dispositivos e insumos

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

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



El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela: El servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, está soportada en una prescripción en el aplicativo MIPRES: i) efectuada por el profesional de la salud ii) u ordenada por un fallo de tutela
Precisiones:

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

Las entidades recobrantes presentarán los recobros/cobros de prescripciones de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC, que requiere concepto de junta de profesionales de la salud, una vez dicha prescripción cuenta con el concepto de aprobación por parte de la junta de profesionales de la salud en el aplicativo y aporta copia del acta acorde al concepto reportado en el aplicativo.

En todo caso, EL IDSN verificara el estado de las prescripciones de los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes, en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por el Ministerio de Salud y la Protección Social o quien haga sus veces como insumo para efectuar la auditoría integral, cuando correspondan a prescripciones de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC que requiere concepto de junta de profesionales, las mismas deberán contar con el concepto de aprobación de la mencionada junta y este debe ser acorde al acta aportada por la entidad recobrante, de lo contrario a dicho recobro/cobro, se le interpondrá la glosa pertinente.

No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, medicamentos de urgencia clínica, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos y prescripciones derivadas de transcripciones por contingencia. EL IDSN verificará la fecha de prescripción contra la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud recobrada, en caso de que se presente alguna inconsistencia y estos recobros/cobros no correspondan a los condicionamientos mencionados, se le interpondrá la glosa pertinente.

Para la validación de la indicación o uso INVIMA las entidades recobrantes y EL IDSN tendrá en cuenta, lo siguiente:



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 20 de 45

El INVIMA tiene registradas un conjunto de indicaciones para cada producto que pueden tener dos características así: i) corresponder a diagnósticos CIE-10 de forma exacta y/o ii) relacionarse con síntomas específicos, consecuencias clínicas de una patología entre otras circunstancias médicas que no son un diagnóstico taxativo del CIE-10. Dado lo anterior, no es correcto afirmar que si el diagnóstico CIE-10 no está registrado en el producto corresponde a una indicación fuera del registro sanitario. En cualquier caso, deberá validarse el punto ii) citado.

En todo caso, para verificar si el uso o indicación del servicio o tecnología en salud recobrada se encuentra autorizada por el INVIMA, EL IDSN deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos del recobro/cobro que permitan dar conexidad entre el diagnóstico, la justificación de la prescripción, el servicio y/o tecnología suministrada y la indicación registrada en el INVIMA. Cuando no es posible efectuar dicha conexidad por información insuficiente en los diferentes soportes del recobro/cobro o una vez verificados corresponde a una indicación no autorizada por el INVIMA y no corresponde a los medicamentos del listado UNIRS o sociedades científicas se impondrá la glosa pertinente.

Cuando la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponda a insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), esto debió ser descrito por el profesional de la salud en el campo de Indicaciones o recomendaciones especiales, lo anterior con el objetivo de que la EPS suministrará correctamente lo requerido por el usuario, sin trámites adicionales. En este caso, EL IDSN deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los campos de la prescripción y verificar que corresponda la prescripción efectuada por el profesional de la salud, con lo efectivamente suministrado al usuario.

En relación a las justificaciones de las prescripciones efectuadas en MIPRES por los profesionales de la salud, estas deberán contener información pertinente y útil; no es viable ni responsable diligenciar los campos de las justificaciones médicas con textos incomprensibles ni caracteres ilegibles. Dado lo anterior y con el objetivo de verificar dicha situación en la auditoría integral del recobro, EL IDSN deberá tener en cuenta:

No se evaluará la pertinencia médica de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, lo anterior entendiéndose que la misma fue efectuada en el marco de su autonomía médica para el diagnóstico y tratamiento del paciente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, la cual deberá ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 21 de 45

EL IDSN verificará las justificaciones efectuadas por los profesionales de la salud para establecer que el servicio o la tecnología en salud recobrada no se encuentre cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, o que el uso de la misma se encuentre debidamente autorizado por el INVIMA. En caso, de que las justificaciones médicas contengan textos incomprensibles, caracteres ilegibles, o la misma se encuentre en blanco, EL IDSN deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos del recobro/cobro.

Cuando no sea posible establecer dicha situación por información insuficiente en los diferentes soportes del recobro/cobro o una vez verificados el servicio o tecnología recobrada corresponde a uno cubierto por el plan de beneficios con cargo a la UPC o corresponde a una indicación no autorizada por el INVIMA y no corresponde a los medicamentos del listado UNIRS o sociedades científicas se impondrá la glosa pertinente.

En todo caso, EL IDSN validará la información consignada en la historia clínica del usuario objeto del recobro, si esta hace parte del recobro y la misma permite establecer la obligación del reconocimiento y pago por parte del IDSN. En caso contrario se impondrá la glosa pertinente.

En los servicios que se presten por complicaciones derivadas de servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, las entidades recobrantes deberán relacionarlas para efectos del recobro, con el número de prescripción que dio origen a la prestación del servicio. Dicha situación deberá ser verificada y validada por la firma auditora.

El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fueron efectivamente suministrados al usuario:

1. Soporte que evidencia su entrega.
2. Facturación del proveedor del servicio.
3. Anexo de garantía del suministro

1. Soporte que evidencia su entrega.

Cuando el servicio o las tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC sean de tipo ambulatorio:

- Firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes, este último debe contener los siguientes datos: i) nombre, tipo y



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 22 de 45

documento de identificación del paciente, ii) fecha de prestación del servicio, iii) nombre del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC objeto del recobro/cobro.

- En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC:
 - Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
 - Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
 - En caso de prestación de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, cuando el usuario se encuentra en Home Care, o atención domiciliaria: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
 - En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
 - Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC 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:
 - Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio. En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC 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 acepta la presentación de los siguientes soportes:
 - Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio
- En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

2. Factura de venta o documento equivalente,

- Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC
- Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC
- Cuando la factura o documento equivalente no presente dicha información de manera discriminada, deberá acompañarse de los siguientes anexos:

4. Respecto a la **constancia de pago** de la factura o documento equivalente adicionar la verificación que se realiza a los soportes de evidencia de entrega que la entidad recobrante aporta en el recobro/cobro, EL IDSN deberá verificar que la información reportada en el recobro/cobro es consistente de lo contrario EL IDSN impondrá la glosa pertinente.

Las entidades recobrantes no presentarán recobros/cobros derivados de prescripciones que hayan sido reportadas en el anexo de garantía de suministro como no entregadas, y estas no correspondan a entregas parciales o diferidas.

El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponde al IDSN y se presenta por una única vez: Los soportes allegados con el recobro/cobro evidencian que el reconocimiento del servicio o tecnología no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, **i)** corresponde al IDSN y por lo tanto su pago **ii)** se hace por una única vez

En este caso, cuando el fallo de la tutela ordena que el responsable del pago es el IDSN y el usuario pertenece al régimen subsidiado, la entidad territorial o recobrante según sea el caso presentará el recobro/cobro, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3951 de 2016, es decir, deberán ser cargadas en el aplicativo web MIPRES.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 24 de 45

Frente a la condición **(ii)** de este requisito, el reconocimiento y pago de un ítem de un recobro/cobro se realiza siempre y cuando el IDSN, no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

Se entiende por **recobro/cobro 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 radicaciones.

Así las cosas, con este requisito se evalúa que el recobro/cobro se presente ante el IDSN, en un término máximo de (3) años contado a partir de la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, lo que significa, **tres años a partir de:**

La fecha de entrega o prestación de la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, cuando realicen compras al por mayor, registrada en cualquiera de los soportes señalados en el requisito esencial 4, condición **(i)**, y anexo de garantía del suministro.

La fecha de egreso del usuario si el suministro del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC fue durante un evento hospitalario.

Sobre la verificación de éste término, se debe considerar lo señalado en el párrafo 2º del artículo 58 de la Resolución 3951 de 2016, que establece *“Aquellos recobro/cobros/cobros que según corresponda, cumplan el plazo para su presentación en el término de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012 o el previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente”*.

De igual manera, con este requisito se evalúa el cumplimiento del término previsto para **i)** objetar y **ii)** subsanar los resultados de auditoría informados por EL IDSN o la entidad que designe el Ministerio de Salud y Protección Social. La verificación de estos términos, se realiza de la siguiente manera:

Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos: los documentos allegados y los datos registrados en los mismos, evidencian el cumplimiento de los requisitos esenciales previstos en este Manual y son consistentes respecto al usuario, la tecnología en salud y las fechas establecidas, es decir:



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 25 de 45

Al realizar la lectura transversal de la prescripción en el aplicativo MIPRES, 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 del servicio o tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y el nombre o identificación del usuario es consistente.

Al realizar la lectura transversal de la prescripción en el aplicativo MIPRES, 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 vital: en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.

Cuando la prestación del servicio se realizó en un servicio de hospitalización con internación: en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo la fecha de egreso del paciente.

Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC 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: la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.

Cuando la compra de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC se haya realizado al por mayor: en este caso, la fecha de emisión de la factura o documento equivalente podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro del servicio o tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC.

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/cobro debidamente liquidado, Para efectuar la reliquidación de los valores que el IDSN, reconoce y paga, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

De las cantidades

Las cantidades prescritas por el profesional de la salud u ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado. La auditoría integral de recobro/cobros se



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 26 de 45

continuará realizando con lo efectivamente suministrado y facturado, si existen diferencias con lo prescrito por el profesional de la salud, siempre y cuando no se exceda en las cantidades prescritas por éste, no será objeto de aplicación de glosa

Cuando se trate de recobro/cobros por servicios o tecnologías en salud cuya cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC esté limitada a una cantidad específica en el para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

De los valores regulados o coberturas del POS

Cuando se trate de recobro/cobros de medicamentos o dispositivos médicos se valida 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 a recobrar tiene un reemplazo o sustituto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud 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 plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por el profesional de la salud 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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela: valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Procedimientos de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela: cuando el procedimiento de salud está incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero se realiza con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, los valores a tener en cuenta para efectos de la reliquidación corresponden a la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de



salud con la tecnología y/o vía de acceso incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Medicamentos y dispositivos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos.

Medicamentos y dispositivos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos

Tecnología en salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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/cobro.

Insumos y dispositivos médicos: En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. 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 de Beneficios con cargo a la UPC o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

De los descuentos generales

Cuando se trate de recobro/cobros de tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC 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 en la normatividad vigente.



Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de recobro/cobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC

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 médicos o 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:

Por cada **requisito esencial** se definen unas **glosas**, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito.

La **descripción** de la glosa se acompaña de un **código**, en consecuencia, hay tantos códigos como glosas definidas.

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 recobro/cobro objeto de evaluación no cumple el respectivo criterio de auditoría.

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.

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS ORIGINADOS EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA

El sistema de verificación y control del pago de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, define los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro/cobro, 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/cobro originadas en la prescripción de los profesionales de la salud u ordenadas por fallos de tutela en el aplicativo MIPRES, 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/cobro surten las siguientes etapas de validación:

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/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales. Junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda.

Auditoría Integral: se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme a lo descrito en el presente manual

6. 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 recobro/cobros originados en la prescripción de los profesionales de la salud u ordenadas por fallos de tutela en el aplicativo MIPRES, 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:

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


Aprobado total: cuando todos los ítems(s) del recobro/cobro 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/cobro, 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 del ítem(s) del recobro/cobro

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

El resultado de la auditoría integral del recobro/cobros se comunica al representante legal de la entidad recobrante, al domicilio y a la dirección electrónica informados, con el detalle del estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales 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.

	MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA		
	CODIGO:	VERSION	

La comunicación contendrá la siguiente información:


- Fecha de expedición de la comunicación.
- Número de radicación de cada recobro/cobro.
- Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- Causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago, cuando exista aprobación parcial.
- Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- 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/cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme el capítulo de glosas del presente manual.

Una vez recibida la comunicación de los resultados de la auditoría integral, la entidad recobrante tiene las siguientes opciones:

- Si la entidad recobrante está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando el estado del ítem del recobro/cobro sea no aprobado y no presente objeción al resultado, se entenderán aceptadas las glosas y concluido el procedimiento de recobro/cobro ante el IDSN, señalado en la normativa vigente.
- Si la entidad recobrante no está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado, puede realizar dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de “*Objeción al resultado de auditoría*”. Ver capítulo 8. “*Definición de los criterios que se aplican en el proceso de objeción al resultado de la auditoría integral*”.
- Si la entidad recobrante acepta las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros: La entidad recobrante puede realizar dentro de dos meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado el proceso de “*Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría*”. Ver capítulo 9. “*Definición de los criterios que se aplican en el proceso de subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría*”.

7. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECCIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL

Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de “*Objeción al resultado de auditoría*”, argumentando las razones

	MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA		
	CODIGO:	VERSION	

Página 31 de 45

por las cuales se presenta dicha objeción, por cada ítem en cada uno de los recobros/cobros glosados, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 53 de la Resolución 3951 de 2016, ya citado en el presente Manual.

Criterios de Auditoría – Lineamientos Generales

Término establecido: en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por EL IDSN

Radicación:

- El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
- La objeción a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio físico ante EL IDSN

Condiciones para objetar las glosas aplicadas:

Múltiples glosas a un mismo recobro/cobro: 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.
- Cuando la entidad recobrante/cobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.
- Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
- La objeción de la glosa debe efectuarse solamente por este mecanismo, y deberá incluir el número único de recobro/cobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.
- Las glosas no objetadas y no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.

Resultado de la objeción: se dará dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

Criterios de Auditoría – Lineamientos específicos:

A continuación, se presentan los requisitos esenciales que una vez finalizada la “*Etapa de Auditoría Integral*”, como resultado del proceso se declaran incumplidos, con el respectivo criterio de auditoría que debe acreditarse para validar su cumplimiento, así como el resultado de la objeción.



Conciliación:

Dentro del trámite final de la cuenta, se realizara la conciliación de las glosas con la participación del ente territorial, la EPS del afiliado y el prestador o proveedor de servicios. Este proceso generara un acta de conciliación que especificara los valores finales de glosa y pago y será suscrita por las partes que intervienen en el proceso.

8. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE SUBSANACIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA

Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de “*subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría*”, argumentando las razones por las cuales se presenta dicha subsanación, por cada ítem en cada uno de los recobros/cobros glosados

Criterios de Auditoría – Lineamientos Generales

Término establecido: en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por EL IDSN

Radicación:

- El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
- La subsanación a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio físico ante EL IDSN

Condiciones para objetar las glosas aplicadas:

Múltiples glosas a un mismo recobro/cobro:

- Radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
- La subsanación no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
- Cuando la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.
- Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.



- La subsanación de la glosa debe efectuarse solamente por este mecanismo, y deberá incluir el número único de recobro/ cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.
- Las glosas no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.

Resultado de la subsanación: se dará dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

Criterios de Auditoría – Lineamientos específicos:

A continuación, se presentan los requisitos esenciales que una vez finalizada la “*Etapa de Auditoría Integral*”, como resultado del proceso se declaran incumplidos, con el respectivo criterio de auditoría que debe acreditarse para validar su cumplimiento, así como el resultado de la subsanación.

9. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SIN COBERTURA EN EL POS DE LA POBLACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO MODELO II

OBJETIVO: Establecer las actividades secuenciales a desarrollar por el personal auditor para la Auditoría de Cuentas médicas por concepto de Prestación de Servicios de Salud sin cobertura en el POS, presentadas por las EPS, pertenecientes a la red prestadora de servicios de salud de IPS y Proveedores de acuerdo a lo estipulado con la normatividad vigente, con criterios de calidad en forma pertinente, oportuna, continua, y efectiva de acuerdo a las competencias del Ente Territorial.

Este procedimiento lo aplica el Instituto Departamental de Salud de Nariño a través del proceso de Gestión de Red de Servicios, inicia con la radicación de la facturación suministrada a través de la presentación servicios de salud sin cobertura en el POS, por las IPS y Proveedores pertenecientes a la red de las EPS y finaliza con la entrega de los informes de auditoría y actas de conciliación a central de cuentas para el trámite de pago. Está dirigido al equipo de auditoría de cuentas médicas.

Cumplimiento de la normatividad vigente, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2000, Ley 1122 de 2.007, Resolución 3047 del 2008, Resolución 5395 del 2013, Resolución 3951, Resolución 1479 de 2015, y Resolución 1328 del 2016, Resolución 1381 de 2017- Resolución 1607 de 2017 y demás normas reglamentarias que rigen, adicionan sustituyen y/o modifican el procedimiento de auditoría.

Velar por el adecuado uso de los recursos de salud del Sistema General de Seguridad Social

Contar con una red prestadora de servicios de salud por concepto de Servicios de Salud sin cobertura en el POS de las EPS, afiliados al régimen subsidiado.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 34 de 45

Sistematización del procedimiento de auditoría con el fin de permitir la organización y llevar la trazabilidad de la facturación y/o consultas necesarias con cada uno de los requerimientos establecidos en el mencionado procedimiento

Los diferentes actores del sistema especialmente las IPS de la red de las EPS deben conocer y aplicar la normatividad vigente, las competencias del Ente Territorial y los lineamientos establecidos por el IDSN con base en el procedimiento adoptado mediante Resolución

El auditor del IDSN podrá Utilizar los códigos establecidos para la categorización de glosas dispuesto en la resolución 3047 del 2008 y hacer la devolución oportuna de la facturación de acuerdo a las causales excepto las contempladas bajo el código general 4 y sus correspondientes códigos específicos.

En el mismo sentido y teniendo en cuenta la normatividad y los procesos establecidos en la resolución el auditor podrá imponer

La glosa identificada con CÓDIGO (30) y DESCRIPCIÓN “Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO

- 3001 El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.
- 3002 El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción

La glosa identificada con CÓDIGO (31) y DESCRIPCIÓN “El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 3101 El usuario se encuentra reportado fallecido¹⁴ en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio

La glosa identificada con CÓDIGO (32) y DESCRIPCIÓN “La tecnología en salud prescrita, facturada y entregada está incluida en el Plan de beneficios con cargo a la UPC” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 3201 La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio.
- 3202 Los insumos, materiales o dispositivos médicos recobrados se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION


Página 35 de 45

prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

- 3203 Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo cubierto por el Plan de Beneficios y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación
- 3204 Una o más de las tecnologías que componen o complementan la tecnología principal están cubiertas por el Plan de Beneficios para la fecha de prescripción en el aplicativo

La glosa identificada con CÓDIGO (43) y DESCRIPCIÓN “No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no tiene la aprobación de la junta de profesionales de la salud en los casos que requieran” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 4301 El número de prescripción de la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones
- 4302 El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO en el reporte del consolidado de prescripciones.
- 4303 No tiene justificación, o la misma tiene textos incomprensibles o caracteres ilegibles.
- 4304 La justificación médica de la decisión adoptada no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología prescrita
- 4305 La fecha de prescripción en MIPRES es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud, no se trata de una prescripción en el ámbito hospitalario, no es una urgencia manifiesta, no es un usuario víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, no es un medicamento de urgencia clínica, no es una prescripción de estudio pretrasplante de donantes no efectivos, ni es una prescripción derivada de transcripción por contingencia.
- 4306 El concepto de la junta de profesionales de la salud registrado en el aplicativo es NO APROBADO, o en su defecto no tiene concepto
- 4607 No aporta acta de junta de profesionales de la salud.
- 4608 El acta de la junta de profesionales de la salud No () no es ilegible
- 4609 El acta de los profesionales de la salud no contiene uno o más de los requisitos mínimos establecidos en el artículo 11 de la Resolución 532 de 2017 el cual modificó el artículo 25 de la Resolución 3951 de 2016.
- 4310 El acta de junta de profesionales de la salud no fue suscrita en su totalidad por médicos, en caso de medicamentos del listado UNIRS y sociedades científicas.
- 4311 La tecnología recobrada corresponde a un medicamento del listado UNIRS o Sociedades Científicas y la entidad recobrante no aporta el consentimiento

	MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA		
	CODIGO:	VERSION	

Página 36 de 45


informado debidamente firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

- 4312 La indicación del medicamento prescrito no está registrada ante el INVIMA.
- 4313 La tecnología en salud recobrada presenta alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS

La glosa identificada con CÓDIGO (35) y DESCRIPCIÓN “El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 3501 No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
- 3510 El número de prescripción de la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
- 3511 El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO en el reporte del consolidado de prescripciones.
- 3512 No se encuentra diligenciada la información del fallo de tutela en el módulo de tutelas del aplicativo.
- 3502 El fallo de tutela aportado es incompleto
- 3503 El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
- 3513 El fallo de tutela no se anexo, y no se aportó otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial.
- 3514 No se aportó la certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible.
- 3504 El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante
- 3515 El fallo de tutela no registra el nombre o identificación del usuario
- 3505 La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
- 3516 La prescripción efectuada en MIPRES de las tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.

La glosa identificada con CÓDIGO (36) y DESCRIPCIÓN “No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, objeto de recobro/cobro” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

	MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA		
	CODIGO:	VERSION	

Página 37 de 45

- 3601 La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC.
- 3602 La entidad recobrante no aporta el documento con la firma y el número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden, reporte de prescripción, certificación del proveedor o formato diseñado para tal fin.
- 3603 La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología recobrada
- 3604 La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.
- 3605 La evidencia de entrega no es legible
- 3606 La entidad recobrante no registro al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto 1954 de 2012 o la norma que modifique, adicione o sustituya.

La glosa identificada con CÓDIGO (37) y DESCRIPCIÓN “La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 3701 La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada
- 3702 La factura de venta o documento equivalente no es legible
- 3703 La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no está completa
- 3704 La factura No. () no incluye el detalle de cargos del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, expedido por el proveedor y no se anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle
- 3705 La factura No. () incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación
- 3706 La factura No. () incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió (eron) la tecnología NO POS y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrado el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC y la factura a la cual se imputa el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC.
- 3707 La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 38 de 45

- 3708 La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración andina de valor
- 3709 La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero
- 3710 No aporta la certificación firmada por el representante legal de la entidad en la que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro/cobro, el afiliado y la cantidad recobrada
- 3711 No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
- 3712 La factura No. () no contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación Familiar cuando se suministra el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC a su programa de EPS.
- 3713 La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica

La glosa identificada con CÓDIGO (44) y DESCRIPCIÓN “El anexo de garantía de suministro no se reporta o no contiene la información requerida” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 4401 La entidad recobrante no reporta la información en el anexo de la garantía de suministro de la prescripción objeto de auditoría.
- 4402 Una o más variables del anexo de garantía del suministro no tiene información
- 4403 La tecnología en salud reportada en el anexo de suministro no corresponde a la prescrita.
- 4404 La causa de no entrega no corresponde a entrega parcial o diferida.

La glosa identificada con CÓDIGO (38) y DESCRIPCIÓN “El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no corresponde al FOSYGA o quien haga sus veces” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 3801 El fallo no otorga de manera expresa recobro/cobro al FOSYGA o quien haga sus veces, por prestaciones económicas y además éstas se reconocen de acuerdo con el procedimiento descrito en Nota Externa 201433210469851 del 7 de abril de 2014.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 39 de 45

- 3802 El fallo de tutela a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional no otorga de manera expresa recobro/cobro al FOSYGA o quien haga sus veces
- 3806 El servicio o tecnología en salud recobrada no fue prescrita en el aplicativo MIPRES, conforme lo establecido en la Resolución 3951 de 2016.
- 3803 El servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC es consecuencia de un accidente de tránsito y aún no se ha agotado la cobertura SOAT.
- 3804 El servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral.
- 3805 La tecnología recobrada objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela, y tratándose de fallos de tutela integrales no se evidencia la justificación médica en el aplicativo MIPRES.

La glosa identificada con CÓDIGO (39) y DESCRIPCIÓN “La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por el FOSYGA o quien haga sus veces” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 3901 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada dos veces en el mismo paquete. Se anulan los recobro/cobros radicados No. ()
- 3902 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No. ()
- 3903 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido pagada con anterioridad por el FOSYGA o quien haga sus veces, en el recobro/cobro No.() correspondiente al paquete ()

La glosa identificada con CÓDIGO (40) y DESCRIPCIÓN “El recobro/cobro, la objeción o subsanación se presenta fuera de los términos establecidos” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 4001 El recobro/cobro fue presentado con posterioridad a los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.
- 4002 El recobro/cobro no fue presentado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a aquel en el que se cumplían los tres (3) años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 40 de 45

- 4005 La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido
- 4006 La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido
- 4007 La subsanación al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido
- 4008 La subsanación al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido
- 4009 La subsanación al resultado de la auditoría no corresponde a las glosas definidas en el manual como subsanables

La glosa identificada con CÓDIGO (41) y DESCRIPCIÓN “La tecnología recobrada o el usuario no es consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro, prescripción del aplicativo MIPRES y medios magnéticos de radicación” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de NO APROBADO.

- 4101 La tecnología en salud recobrada prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud o entidad recobrante, ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la facturada.
- 4102 La tecnología en salud prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud o entidad recobrante, ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada
- 4107 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la prescrita por el profesional de la salud tratante
- 4108 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la facturada
- 4109 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la suministrada
- 4104 El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES, fallo de tutela, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente
- 4105 El usuario contenido en el Acta de la junta de profesionales de la salud, no corresponde con el registrado en la prescripción médica
- 4106 El usuario contenido en el fallo de tutela, con el registrado en la prescripción médica

La glosa identificada con CÓDIGO (42) y DESCRIPCIÓN “El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de APROBADO CON RELIQUIDACIÓN.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 41 de 45

- 4201 El valor recobrado es mayor al valor liquidado conforme a lo establecido en el Artículo 65 de la Resolución 3951 de 2017, por lo tanto, se reliquida y se glosa la diferencia
- 4212 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad efectivamente suministrada al usuario, se glosa la diferencia.
- 4213 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad prescrita al usuario, dado que lo suministrado y facturado excede dicha cantidad, se glosa la diferencia
- 4203 Se reconoce () unidades correspondientes al servicio o tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, las demás unidades recobradas se glosan dado que están incluidas en el Plan de beneficios.
- 4204 El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. (), por lo tanto, se glosa la diferencia.
- 4205 El valor de la tecnología en salud recobrada, es mayor al valor máximo establecido, por lo tanto, se glosa la diferencia.
- 4206 El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
- 4207 El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del procedimiento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
- 4208 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
- 4209 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 42 de 45

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Paso	Descripción	Responsable
1.	Verificación de la Red de IPS pertenecientes por cada EPS	AUXILIAR
2.	Recepcionar y Radicar las cuentas por concepto de Prestación de servicios de salud sin cobertura en el POS por CTC, Formato de Prescripción en Línea y cumplimiento a Fallos de Tutela enviadas por las EPS, en medio físico y magnético según el cronograma establecido por el IDSN	AUXILIAR
3.	Recepcionar en medio magnético los RIPS y verificar que el valor concuerde con la cuenta de cobro en físico. Nota 1: En caso de no presentar alguno de los requisitos anteriormente descritos, o cuando al verificar los RIPS, no concuerden en valor con la cuenta de cobro en físico, se procederá a la devolución de la facturación.	AUXILIAR
4.	Validar los RIPS cruce de base de datos del FOSYGA, DNP RUAF, RNEC y Víctimas. Recepcionar los resultados obtenidos del cruce, se analiza y si se presenta inconsistencias se genera la glosa y se carga al aplicativo de auditoria automáticamente el cual genera el consecutivo del informe de auditoría.	INGENIERO DE SISTEMAS
5.	Registrar la facturación y los datos de fecha, hora, Numero de folios en copia de la cuenta de cobro de la IPS, como la radicación en la Institución y se envía a correspondencia para el ingreso al sistema y se asigna un consecutivo de radicación y se diligencia los formatos establecidos por auditoria: Formato Hoja de Ruta de Radicación de Cuentas Medicas Nota 2. Se entiende surtido el proceso de radicación una vez validada la información presentada en medios físicos y magnéticos, los requisitos generales, e impreso el sello de radicación.	AUXILIAR DE TRAZABILIDAD OFICINA DE AUDITORIA DE CUENTAS.
6.	Enlace con el software de la oficina de contabilidad, la radicación de las facturas para que se registren en las cuentas de orden.	CONTADORA
7.	Entregar la facturación por Prestación de servicios de salud sin cobertura en el POS; al equipo auditor de acuerdo a la asignación realizada previamente y se registra en el libro radicador	AUXILIAR
8.	Recepción de la facturación y diligenciamiento de la hoja de ruta de auditoría. Formato Hoja de Ruta de Auditoria de Cuentas Medicas	AUDITOR ASIGNADO



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 43 de 45

9.	<p>Revisar detalladamente con cada una de las facturas la auditoria por CTC, formato de Prescripción en línea Y Fallos de tutela Revisar que se dé estricto cumplimiento a lo establecido en el Titulo II de la resolución 5395-CTC y Resolución 2438, Resolución 1328, Manual de Auditoria.</p> <p>Revisar en el caso de tutela que se dé estricto cumplimiento a la orden del juez, en lo que corresponde a procedimientos, apoyo diagnóstico y al porcentaje establecido por el juez.</p> <p>Nota N. 3. En caso que el fallo de Tutela establezca un servicio POS Se debe colocar un SELLO que identifique la cuenta de cobro para ser cruzado o Recobrado a la EPS correspondiente, por el personal responsable de este proceso.</p>	AUDITOR ASIGNADO
10.	Elaborar el informe de auditoría de cuentas médicas por concepto de CTC, Prescripción en línea y cumplimiento a Fallos de Tutela.	AUDITOR ASIGNADO
11.	Reportar las glosas y/o devoluciones a la IPS, las cuales se suben al software de auditoría y se genera el informe de reporte de glosas y/o devolución de facturas, el cual se exporta al correo electrónico del auditor responsable de la IPS.	AUDITOR ASIGNADO
12.	Enlace con el software de la oficina de contabilidad para cargar los reportes de glosas y devoluciones	CONTADORA
13.	Comunicación de los resultados de la auditoria y respuestas. El resultado de la auditoría efectuada a las solicitudes de servicios de salud sin cobertura en el POS se comunicará al auditor correspondiente a través de correo electrónico.	AUDITOR ASIGNADO
14.	Se reunirá el auditor del IDSN y el auditor de la IPS, con el fin de llevar a cabo la conciliación elaborando el acta de conciliación y firma de las partes.	AUDITOR ASIGNADO REPRESENTANTE DE LA IPS
15.	Enlace con el software de la oficina de contabilidad para cargar las actas de conciliación para que se registren en los estados contables	CONTADORA
16.	Entregar al profesional del área financiera los informes de auditoría, actas de conciliación y soportes de las facturas para que realice los tramites de pago	PROFESIONAL FINANCIERO
17.	Elaborar informe mensual de actividades.	AUDITOR ASIGNADO
18.	Consolidar la información y entregar mensualmente por parte de cada auditor asignado a la coordinación de auditoría los informes de Trazabilidad de Auditoría NOTA 4: Esta información permanecerá en medio físico, magnético y en el software de auditoría la cual será un insumo de consulta del estado de cartera de las IPS en posteriores años.	PROFESIONAL UNIVERSITARIO



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR SERVICIOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS
EN SALUD CON CARGO A LA UPC PARA

CODIGO:

VERSION

Página 44 de 45

19.	Analizar la información, técnica y financiera y realizar el informe de ejecución y los informes para reportar a las diferentes entidades de control	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
20.	Archivar la documentación como herramienta de consulta	AUDITOR ASIGNADO