


| | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 1 de 12

**No. 2176
(5 de Septiembre de 2018)**

Por la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso, reporte de prescripción, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiada por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios, provistas a los afiliados a cargo del Departamento de Nariño.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferirlas por el Decreto 401 de Julio 15 de 1993 de la Gobernación de Nariño, el Decreto No. 1158 de 1995 de la Gobernación de Nariño, la Ley 617 de 2000, la Ley 715 de 2001, La Ley 1751 de 2015, Resolución 5267 y sus anexos

CONSIDERANDO

Que 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


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

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

Que mediante la Resolución 5269 de 22 de diciembre de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social modificó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, vigente para la vigencia 2018.

Que mediante la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, modificada por la Resolución 1667 del 20 de mayo de la misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el "procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado".



| | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 2 de 12

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

Que las Entidades Territoriales deberán aplicar las reglas relacionadas con el valor a pagar por los servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, acogiéndose a lo establecido por el artículo 12 de la Resolución 1479 de 2015.

Que en cualquiera de los modelos previstos en la Resolución indicada, las Entidades Territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en salud que hayan superado el procedimiento de verificación y control descrito por la Resolución 2438 de 2018 y podrán establecer mecanismos que permitan la realización de pagos previos.

Que el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 ordena que cada Ente Territorial adopte mediante Acto Administrativo el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.


Que dicho artículo señaló además que el Acto Administrativo debe incluir los soportes que acompañarán la solicitud, el periodo del mes y el lugar donde deberán ser presentadas, el tiempo que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría y demás elementos necesarios que permitan establecer la obligación del pago por los servicios efectivamente prestados a los usuarios.

Que mediante la Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó el *“el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”*.

Que en la Resolución 2438 de 2018, se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

Que mediante artículo 1º de la Resolución 1381 del 23 de mayo de 2017, el Instituto Departamental de Salud de Nariño adoptó el modelo de prestación de servicios contenido en el Capítulo Segundo del Título II de la Resolución 1479 de 2015 y aquellas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, para realizar la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC del régimen



| | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 3 de 12

subsidiado y servicios complementarios, la población beneficiaria del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo del Departamento de Nariño.

Que en orden a dar cumplimiento al artículo 11 de la Ley 1479 de 2015 el Instituto Departamental de Salud de Nariño requiere modificar la Resolución 1381 de 2017, por cuanto se debe transformar el procedimiento adoptado en los ARTÍCULOS TERCERO, CUARTO, QUINTO, SEXTO, OCTAVO, NOVENO, TRANSITORIO y EL ACÁPITE GENERAL DEL ARTÍCULO SÉPTIMO, al que se establezca en el presente Acto Administrativo, de forma que se derogarán tales disposiciones.

En mérito de lo expuesto el director del Instituto Departamental de Salud de Nariño:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Objeto. La presente Resolución tiene por objeto establecer el procedimiento del Instituto Departamental de Salud de Nariño para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

ARTICULO SEGUNDO: Para todos los casos, el suministro de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado del Departamento de Nariño se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado, proveedores y/o IPS, de la red de las Entidades Promotoras de Salud

ARTÍCULO TERCERO: DEFINICIONES: se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud (MIPRES), que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
2. **Recobro.** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante **IDSN** a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas 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 u ordenados por fallos de tutela.



SC-CER8915




CO-SC-CER8915



GP-CER8916




GP-CER8916

| | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

3. **Cobro.** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el **IDSN**, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al 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 sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.
4. **Entidad recobrante.** Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan al Fondo de Solidaridad y Garantía —FOSYGA o quien haga sus veces, en este caso el ente territorial, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.
5. **Tecnología en salud.** Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico 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 5592 de 2015 o la norma que la modifique o adicione.
6. **Servicio único:** Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
7. **Servicio sucesivo:** Servicio o tecnología en salud 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.
8. **Servicios o tecnologías complementarias:** Corresponde a un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.
9. **Servicio ambulatorio priorizado:** Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.
10. **Servicios no financiados con recursos del Sistema de Salud:** Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv)




| | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 5 de 12

Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; y) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

11. **Soporte Nutricional:** Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.
12. **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 un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.
13. **Médico (o profesional) 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.
14. **Usos no incluidos 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.
15. **Enfermedades Huérfanas.** Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, 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.
16. **Comparador administrativo.** Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/ cobro.
17. **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.
18. **Medicamentos vitales no disponibles:** conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta "indispensable e irremplazable para salvaguardarla vida o aliviar el sufrimiento de un



| | | | |
|---|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 6 de 12

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

- 19. 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.
- 20. 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.
- 21. Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no financiadas con recursos de la IJPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios:** Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la 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.
- 22. 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.
- 23. 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:
- 23.1 Servicio:** Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.





RESOLUCIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 7 de 12

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

24. Tecnología en salud por conexidad o derivada de una complicación: tecnología en salud que haciendo parte del Plan de Beneficios por ser conexa o derivada 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.

25. Suministro efectivo: entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la IJPC 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.

26. 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.

ARTICULO CUARTO: Responsabilidad de los actores. De acuerdo a lo señalado en la Resolución 2438 de 2018, las responsabilidades de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, son las señaladas corresponden a las siguientes:

1. Profesional de la salud. Corresponde a los profesionales de la salud:

i) Prescribir las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por junta de profesionales,

ii) Reportar la prescripción de forma oportuna, clara., debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario en la herramienta tecnológica dispuesta para ello.

iii) Complementar o corregir la información relacionada con la prescripción en caso de ser necesario,


iv) Utilizar correctamente los formularios de contingencia en los casos previstos en la presente resolución.

v) Diligenciar correctamente la herramienta tecnológica.

2. Entidades Promotoras de Servicios - Corresponde a las EPS:

i) Garantizar a través de la red de prestadores o proveedores definida, el suministro oportuno de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de



| | | |
|---|---------------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 8 de 12

profesionales de la salud, en los eventos en que la entidad territorial haya optado por el modelo establecido en el capítulo II del Título II de la Resolución 1479 de 2015;

ii) Cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de cobro definidos por las entidades territoriales que hayan optado por el modelo de garantía de suministro a través de su red contratada;

iii) Disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones;

iv) Realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación, resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio;

v) Realizar la transcripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin o en los formularios de contingencia conforme el presente acto administrativo;

vi) Reportar a este Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata esta resolución;

vii) Establecer canales de comunicación eficientes y brindar información adecuada y veraz, que permita dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios,

viii) Garantizar la capacitación e idoneidad del personal;

ix) Las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

3. Instituciones Prestadoras de Salud - IPS. Es responsabilidad de las IPS:


i) Suministrar, dispensar o realizar las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS.

ii) Utilizar la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio para que sus profesionales de la salud prescriban dichas tecnologías en salud o servicios complementarios,

iii) Recaudar los dineros pagados por concepto de cuotas de recuperación;

iv) Brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones,



| | | |
|--|---------------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 9 de 12

- v) Entregar a las EPS y a la autoridad competente toda la información relacionada con suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios,
- vi) Gestionar la conformación de las juntas de profesionales de la salud y velar por el cargue oportuno de sus decisiones cuando aplique.
- vii) Establecer canales de comunicación eficientes que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios, propendiendo por la garantía de la prestación de los servicios de salud;
- viii) Garantizar la capacitación e idoneidad del personal,
- ix) Brindar información adecuada y veraz en forma oportuna de acuerdo con las responsabilidades de los actores establecidas en esta resolución;
- x) Cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de cobro definidos por las entidades territoriales que hayan optado por el modelo de garantía de suministro centralizado y,
- xi) Las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente Resolución.


4. Proveedores: Es responsabilidad de los proveedores:

- i) Suministrar las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado prescritas por los profesionales de la salud, en el marco de las obligaciones contractuales con Las EPS.
- ii) Presentar ante la EPS o las entidades territoriales en los términos por estos determinados, según sea el caso, los soportes de cobro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado o de los servicios complementarios, efectivamente suministrados.

5. Entidades territoriales: Es responsabilidad de los departamentos y distritos:

- i) Garantizar el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y de los servicios complementarios, a través de los modelos de gestión de suministro que haya adoptado en virtud de la Resolución 1479 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya;
- ii) Realizar la verificación y control de las solicitudes de cobro derivadas del suministro de Tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la (UPC del Régimen Subsidiado y de servicios complementarios, garantizando el adecuado uso de los recursos;
- iii) Garantizar el adecuado flujo de los recursos. En relación con los pagos de las solicitudes de cobro derivadas del suministro de tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la OPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios;



| | | |
|---|---------------------|-------------|
|  | RESOLUCIÓN | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 |

Página 10 de 12

iv) Realizar el análisis de su territorio, con fundamento en la información registrada en la herramienta tecnológica, el cual podrá ser publicado por la entidad territorial o remitido a las sociedades científicas para lo pertinente.

6. Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social —SISPRO. A este Ministerio a través del SISPRO le corresponde

i) Facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización de la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución. Así como analizar la información resultante del proceso de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de los servicios complementarios.

ii) Realizar a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial los análisis de los datos de la información prescrita en el marco de sus funciones.

ARTÍCULO QUINTO. Reporte de prescripción, juntas de profesionales de la salud y suministro. El Instituto Departamental de Salud de Nariño adopta lo establecido en el TÍTULO II de la Resolución 2438 de 2018, con respecto a Reporte de prescripción, Juntas de profesionales de la Salud y suministro de las prescripciones de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.


ARTICULO SEXTO. Transparencia en la garantía de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. El Instituto Departamental de Salud de Nariño, adopta lo establecido en el Título III de la Resolución 2438 de 2018.

ARTÍCULO SEPTIMO. Manual de auditoría. El Instituto Departamental De Salud De Nariño adopta el manual de auditoría el cual hace parte integral del presente acto administrativo. Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio y corresponden a las pactadas dentro de la red de servicios de la EPS. Además, deben tomarse en cuenta la circular la circular 04 de 2018 emitida por la Comisión de Nacional de Precios de medicamentos y dispositivos médicos y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO OCTAVO. Etapas del proceso de verificación y control. Ingresaran a esta etapa todas las tecnologías prestadas por las IPS y/o proveedores de servicios prescritas a través de la herramienta tecnológica MIPRES a partir 1 octubre de 2018, sin excepción, para lo cual las EPS respectivas deberán disponer de los mecanismos necesarios para garantizarlas, las solicitudes de recobro/ cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control dispuesto en el manual de auditoría integral adoptado por el IDSN que hace parte integral de esta resolución que para tal efecto y que contara con las siguientes etapas:

- 1. Etapa de radicación:** El objeto de esta etapa es presentar ante él IDSN, los Formatos solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente. Incluye verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales.
- 2. Etapa de auditoría integral:** el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme el manual de auditoría.



| | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------------|
|  | RESOLUCIÓN | | |
| | CÓDIGO: F-PGED05-02 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

Página 11 de 12

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

ARTÍCULO NOVENO. Financiación. De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y lo establecido en el artículo 3 de la resolución 1479 de 2015, la que lo adiciones modifique o complemente, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud se financiarán con los recursos asignados para tal efecto al Instituto departamental de salud de del Sistema General de Participaciones - Sector Salud - Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados a la financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás recursos previstos en la normatividad vigente para el sector salud.

ARTÍCULO DECIMO. Servicios brindados a las víctimas de que trata la ley 1448 de 2011. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tramitarán por el procedimiento de recobro/cobro previsto en la presente Resolución, los servicios de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima o su grupo familiar.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. Fijación de períodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros. El Instituto Departamental de Salud de Nariño radicará las cuentas médicas durante los 20 primeros días de cada mes, en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, períodos de radicación o ampliar los previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin y se publicará en la página web de la institución para tal efecto. Estos periodos están establecidos en el manual de auditoria que forma parte de este acto administrativo

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro. Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, definirá los formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.

ARTÍCULO DECIMO TERCERO. Exclusiones del sistema de seguridad social en salud. El IDSN no reconocerá las exclusiones que cumplan los criterios determinadas en el artículo 126 de la resolución 5269 del 2017 o contenidas en la Resolución 5267 del 2017 y las normas que en el contexto del proceso establecido por la resolución 0330 del 2017 las adicione y/o modifique complementen o sustituyan, puesto que no son de su competencia. Excepto para dar cumplimiento a fallos de tutela en cuyo caso adelantara las acciones de cobro y/o jurídicas pertinentes para recuperar los recursos invertidos para tal efecto ante las entidades responsables o competentes.

ARTÍCULO DECIMO CUARTO. Transitorio. En aplicación del artículo 46 de la Resolución 2438 de 2018, mientras el Instituto Departamental de Salud de Nariño es activado en el aplicativo MIPRES no PBS, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios deberán continuar surtiendo el trámite de aprobación ante el Comité





RESOLUCIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-02

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 12 de 12

Técnico Científico, de conformidad con lo establecido en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño, adoptará un plazo de 3 meses contados a partir de la fecha de activación en el aplicativo, para que las EPS e IPS presenten toda la facturación autorizada por Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallo de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica.

ARTÍCULO DECIMO QUINTO. Vigencia y derogaciones. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias, específicamente los artículos tercero, cuarto, quinto, sexto, octavo, noveno, transitorio y el acápite general del artículo séptimo de la Resolución 1381 expedida el 23 de mayo de 2017 por el Instituto Departamental de Salud de Nariño. Las demás disposiciones, adiciones y modificaciones continúan vigentes.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, el 5 de septiembre de 2018.

OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

| | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Proyectó: OSCAR JULIO FIGUEROA MEDINA Asesor atención al usuario IDSN | | Revisó: CONSUELO SANTISTEBAN RUIZ Jefe Oficina Asesora Jurídica | |
| Firma | Fecha: 05/09/2018 | Firma | Fecha: 05/09/2018 |

