	<b>RESOLUCIÓN</b>		
	CODIGO: F-PIVCSSP11-11	VERSION: 01	FECHA: 25-10-2012

**RESOLUCIÓN NÚMERO 1607  
(Junio 12 de 2017)**

Por la cual se modifica parcialmente y aclara la resolución 1381 del 23 de mayo de 2017.

**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 6408 y

**CONSIDERANDO:**

Que el Instituto Departamental de Salud de Nariño mediante Resolución: 1381 de 2017, adoptó el modelo de prestación de servicios contenido en el capítulo segundo del título II de la Resolución: 1479 de 2015, para realizar la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y por orden de fallos judiciales a la población beneficiaria del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.

Que el Instituto Departamental de Salud de Nariño, considerando lo dispuesto en la Resolución: 6408 de 2016, con el fin de garantizar el suministro de medicamentos no cubiertos en el plan de beneficios en salud PBS, establece aplicar el principio activo de medicamentos.

Que de conformidad a lo dispuesto en el artículo: 43 de la Ley: 715 el Instituto Departamental de Salud de Nariño, se encuentra obligado a garantizar el acceso a la prestación de servicios de salud de la población pobre no afiliada así como el acceso de la población a servicios de salud no financiados con subsidios a la demanda.

Que La resolución 3951 de 2016 Reglamentó el "procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, disponiendo en el artículo 91 lo siguiente:

*"Régimen Subsidiado. El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no*







## RESOLUCIÓN

CODIGO: F-PIVCSSP11-11

VERSION: 01

FECHA: 25-10-2012

*cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, podrá ser adoptado por las entidades territoriales, evento en el cual este Ministerio brindará la asistencia técnica que se requiera para el efecto".*

Que habiéndose determinado el cambio de fechas para la ejecución de la implementación, se hace necesario de igual manera cambiar los tiempos de entrega de autorizaciones y el tiempo de estas para el IDSN, con el fin de garantizar el acceso de la prestación de servicios a la población beneficiaria.

En mérito de lo expuesto el Director del IDSN:

### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Modificar el numeral 7 del Artículo Quinto de la Resolución 1381 del 23 de mayo de 2017, el cual quedará de la siguiente manera:

**"ARTÍCULO QUINTO: CRITERIOS PARA LA PRESCRIPCIÓN.** El profesional de la salud que prescribe servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

*"1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación a los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e Información bibliográfica que sustenten su decisión.*

*2. Comunicar al paciente con claridad, el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud, así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa vigente.*

*3. En caso que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud corresponda a un medicamento, el profesional de la salud tratante lo*







## RESOLUCIÓN

CODIGO: F-PIVCSSP11-11

VERSION: 01

FECHA: 25-10-2012

prescribirá de acuerdo a lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.

4. En caso que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud corresponda a un procedimiento, 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 o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

5. En caso que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, indicar el procedimiento en el cual se utilizará, cuando haya lugar a ello.

6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud se trate de procedimientos, deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución 4678 de 2015 y las normas que la modifiquen, adionen o sustituyan.

7. Cuando el medicamento no sea cubierto en el plan de beneficios en salud se deberá aplicar el principio activo o ATC según lo dispuesto en la resolución 6408 de 2016 proceso que deberá ceñirse y ajustarse a las disposiciones que la modifiquen, adionen o sustituyan.

8. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud".

**ARTÍCULO SEGUNDO.:** Modifíquese el Parágrafo Transitorio del Artículo Séptimo y adiciónese al mismo, Disposición Especial, Resolución 1381 del 23 de mayo de 2017, el cual quedara así:

**"ARTICULO SEPTIMO: ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACION Y CONTROL:** Las solicitudes de cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas, mismas que se desarrollarán en el anexo técnico No 1 de esta resolución así:





## RESOLUCIÓN

CODIGO: F-PIVCSSP11-11

VERSION: 01

FECHA: 25-10-2012

1. Pre-radicación.
2. Radicación.
3. Pre-auditoría.
4. Auditoría integral.
5. Pago.

**PARAGRAFO TRANSITORIO:** El IDSN aplicando el artículo 91 de la resolución 3951 de 2016 adoptará el "procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud; proceso que entrará en vigencia a partir del 01 enero de 2018.

Teniendo en cuenta lo anterior, a partir del 12 de junio y hasta el 31 de diciembre de 2017, las IPS y ESE debidamente habilitadas en el REPS, que hayan prestado servicios y o tecnologías no cubiertas en el PBS del departamento de Nariño, deberán radicar la facturación a las EPS teniendo en cuenta los plazos y procedimiento de auditoría actualmente establecidos".


**DISPOSICIÓN ESPECIAL.** Durante el término de la vigencia de la presente Resolución y en virtud de lo preceptuado en el artículo 4 de la Resolución 1479 de 2015, el IDSN evaluará las capacidades técnicas, operativas y financieras, y determinará el procedimiento definitivo de garantía de prestación, cobro y pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Las dependencias designadas para ésta evaluación son *Secretaría General* y la *Subdirección de Calidad y Aseguramiento*".

**La prestación de servicios de salud a población pobre no afiliada PPNA y acatamiento de fallos judiciales se garantizará en la red de prestadores del IDSN**".

**ARTÍCULO TERCERO.:** Modifíquese el Artículo Octavo de la Resolución 1381 de 2017, el cual quedará así:



	<b>RESOLUCIÓN</b>		
	CODIGO: F-PIVCSSP11-11	VERSION: 01	FECHA: 25-10-2012

“ARTICULO OCTAVO: *Hacen parte integral del presente acto administrativo los anexos: I Manual de Auditoría, II listado de homólogos (Resolución: 354 de 2017) III: Listado de comparadores administrativos del Ministerio de Salud y Protección*”.

**ARTÍCULO CUARTO.-** Modifíquese el artículo transitorio de la Resolución 1381 de 2017, e cual quedará así:

**“ARTICULO TRANSITORIO:** *Aquellos servicios y/o tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios en salud PBS, que a la entrada en vigencia de la presente resolución hayan sido prestados hasta el 11 de junio de 2017, por las IPS pertenecientes a la red del IDSN, deberán ser radicados directamente por la IPS hasta el 11 de agosto de 2017.*

*Ahora bien, los servicios sin cobertura en el PBS que hayan sido autorizados por el IDSN, según el modelo I de la Resolución 1479 de 2015, hasta el 11 de junio de 2017 con cargo a los contratos de prestación de servicios suscritos, deberán ser prestados dentro de los plazos de vigencia de la autorización..*

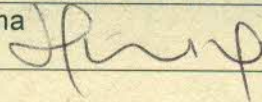
*Las EPS podrán radicar hasta el 16 de junio de 2017 solicitudes de eventos no cubiertos en el PBS que fueron autorizados hasta el 11 de junio de 2017 por CTC”.*

ARTICULO QUINTO: Las demás disposiciones de la Resolución 1381 del 23 de mayo de 2017 que no fueron mencionados en el presente acto, permanecen vigentes e incólumes.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en San Juan de Pasto, el doce (12) de junio del año dos mil diecisiete (2017).

**OMAR ANDRÉS ÁLVAREZ MEJÍA**  
Director (a) IDSN

Proyectó: <b>MARCELA PINZÓN SOLARTE</b> Subdirectora de Calidad y Aseguramiento		Revisó: <b>CONSUELO SANTISTEBAN RUÍZ</b> Jefe Oficina Asesora jurídica	
Firma 	Fecha: 12 junio de 2017	Firma	Fecha: 12 junio de 2017





## ANEXO DE AUDITORIA. No 1

1. **DOCUMENTOS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE COBRO.** Para efectos de presentar las solicitudes de cobro, las EPS deberán radicar ante instituto departamental de salud de Nariño los siguientes documentos:
  - 1.1. 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.
  - 1.2. Plan general de cobro de cuota de recuperación aplicables a sus afiliados tanto de los servicios o tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable.
2. **DOCUMENTOS PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS COBROS.** Además de los documentos generales de presentación de cobros previstos en el anterior, para efectos de la verificación, las entidades cobradoras deberán radicar su solicitud de cobro, junto con los siguientes documentos:
  - 2.1. Formato de solicitud de cada cobro (Formato MYT y MYTR)
  - 2.2. Cuenta de cobro numerada en forma consecutiva
  - 2.3. Facturas de venta o documento equivalente emitida por la IPS que presto el servicio.
  - 2.4. Autorización de la EPS previa a la prestación del servicio.
  - 2.5. Documento soporte donde se evidencie la entrega del servicio a satisfacción o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud al usuario. Para medicamentos de alto costo y enfermedades huérfanas se deberá adicionar al acta de entrega soporte de aplicación, en el evento que el medicamento o suministro sea recibido por una persona diferente al usuario deberá adjuntar copia del documento de identidad, poder suscrito entre las partes, firma o huella.
  - 2.6. Prescripción médica original
  - 2.7. Formato de justificación de tecnología no pos
  - 2.8. Acta de comité técnico científico legible completa conforme a lo establecido en el capítulo II de la resolución 5395 del 2013.
  - 2.9. Copia del RUT de la IPS, pago de aportes a seguridad social y parafiscal del periodo prestado y Certificación bancaria donde se hará efectivo el giro directo.

### 3. REQUISITOS ESENCIALES PARA LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.

Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y pago de la solicitud del cobro por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño, la entidad cobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales.

- 3.1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS le asiste el derecho. Consiste en evaluar si para la fecha en que se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios objeto del cobro el usuario se: encontraba vivo y afiliado al régimen subsidiado de la entidad cobrante.
- 3.2. La tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de cobro no estaba cubierta por el Plan de Beneficios, para la fecha de prestación del servicio.
- 3.3. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios debe ser prescrita por un profesional de la salud debidamente registrado en el RETHUS y que haga parte de la red de prestadores adscritos a la EPS debidamente habilitados en el REPS.



3.4. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios fue efectivamente suministrada al usuario, para lo cual se evalúa su cumplimiento mediante: (i) Soporte que evidencia su entrega y/o aplicación en caso de medicamentos, (ii) Facturación de la IPS.

3.5. El cobro de la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios se presenta por una única vez.

3.6. La radicación de facturación por concepto de prestación de servicio o tecnologías en salud no cubierta por el Plan de Beneficios se realizara conforme al cronograma que establezca el IDSN.

3.7. La información registrada en los documentos que soportan el cobro deberán ser consistentes y desarrollarse de manera cronológica respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en medios físicos como magnéticos.

3.8. El valor facturado deberá estar debidamente liquidado, soportado y conforme a la normatividad vigente.

**4. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE COBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA.** Cuando se trate de cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que trata la presente Resolución, las entidades cobradoras deberán allegar copia completa, integral y legible del fallo de tutela.

**5. ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL.** Las solicitudes de cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas:

- 5.1. PRE-RADICACIÓN
- 5.2. RADICACIÓN
- 5.3. PRE-AUDITORÍA
- 5.4. AUDITORÍA INTEGRAL
- 5.5. PAGO

#### ETAPA DE PRE-RADICACIÓN

**6. OBJETO DE LA ETAPA DE PRE-RADICACIÓN.** El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad cobrante contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del cobro.

**7. INICIACIÓN DE LA ETAPA DE PRE-RADICACIÓN.** Esta etapa inicia con el registro que efectúa a través del aplicativo dispuesto para tal efecto y con las instrucciones que implemente e imparta el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

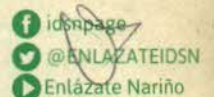
Parágrafo: para el cobro de servicios de alojamiento, alimentación y transporte los prestadores deberán presentar el EXCEL y archivo plano diseñado por el IDSN.

**8. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA.** El IDSN, validará la información registrada por la entidad cobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

- 8.1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
- 8.2. Base de datos del SISBEN
- 8.3. Base de Datos del Régimen de Excepción (BDEX).
- 8.4. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
- 8.5. Base de datos de prescripción de servicios y tecnologías en salud.

[www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co)

Calle 15 No. 28 - 41 Plazuela de Bomboná - San Juan de Pasto - Nariño - Colombia  
Conmutador: 7235428 - 7236928 - 7233590 - 7295254





- 8.6. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), cuando la entidad esté obligada a efectuar el reporte.
- 8.7. Código Único de Medicamentos (CUM).
- 8.8. Registro Único de Víctimas (RUV).
- 8.9. Código único de procedimientos en salud CUPS
- 8.10. Listados de homólogos y comparadores administrativos
- 8.11. Base de datos de tutelas
- 8.12. Listado de prestadores de servicios de salud habilitados REPS

**9. FINALIZACIÓN DE LA ETAPA DE PRE-RADICACIÓN.** La etapa de pre-radición finaliza satisfactoriamente cuando la entidad cobrante ha superado las validaciones respectivas y dispone de los formatos de solicitud de cobro y resumen de radicación.

El formato resumen de radicación de las solicitudes de cobros (Formato MYT—R) debe ser impreso y/o magnético, suscrito por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad cobrante, según corresponda; este último deberá indicar el número de tarjeta profesional.

### ETAPA DE RADICACIÓN

**10. OBJETO DE LA ETAPA DE RADICACIÓN.** El objeto de esta etapa es presentar ante el IDSN los Formatos MYT y MYT—R, junto con los soportes en medio impreso y magnético a que refiere la presente Resolución, según corresponda. Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivas que adopte el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

**11. PRESENTACIÓN DE LOS SOPORTES.** Los soportes de las solicitudes de cobro se presentarán en medio magnético y físico, conforme a las especificaciones técnicas definidas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

### ETAPA DE PREAUDITORÍA

**12. OBJETO DE LA ETAPA DE PREAUDITORÍA.** El objeto de esta etapa es verificar que la solicitud de cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su trámite.

**13. COTEJO DE INFORMACIÓN Y SU RESULTADO.** Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de cobro que superaron las etapas de pre-radición y radicación, el IDSN cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad cobrante.

En los casos que el IDSN determine inconsistencias procederá a anular el número de radicación asignado a cada solicitud de cobro, e informara a la entidad cobrante, el resultado por email con la fecha de citación para la devolución de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

Parágrafo. Las solicitudes de cobro radicadas oportunamente que sean objeto de devolución en la etapa de pre-auditoría, podrán ser nuevamente radicadas por la EPS en el siguiente mes.

### ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL

**14. OBJETO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.** El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de la facturación presentada por concepto de prestación de servicios de salud y/o tecnologías no incluidas en el POS.

Parágrafo. Los cobros que superen la etapa de radicación se auditarán conforme al manual de auditoría establecido por el IDSN.



**15. RESULTADO DEL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL.** El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro será:

15.1. Aprobado: Cuando todos los ítems del cobro cumplan con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

15.2. No aprobado: Cuando no cumplan con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

**16. CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN.** La comunicación de los resultados de auditoría a las entidades cobrantes deberá contener la siguiente información:

- Comunicación debidamente fechada
- Formato de reporte de glosa y/o devolución generado del sistema del IDSN.

**17 OBJECIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA.** La entidad cobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los cobros, dentro del mes siguiente al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones adjuntando la totalidad de los soportes requeridos.

La objeción incluirá el número único de cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.

Si la entidad cobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del cobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información.

**18 IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR NUEVAS RADICACIONES COMO MECANISMO DE OBJECIÓN O SUBSANACIÓN.** Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de las mismas, deberán efectuarse únicamente mediante los mecanismos de que tratan los numerales anteriores y deberá incluir el número único de cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.

Las glosas no objetadas y no subsanadas se entenderán en firme.

**19. RESPUESTA A LA OBJECIÓN O SUBSANACIÓN GLOSAS.** El IDSN dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad cobrante, al mes siguiente a la radicación del correspondiente documento.

**20. PLAZO PARA ADELANTAR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE PREAUDITORÍA Y AUDITORÍA INTEGRAL DE LAS SOLICITUDES DE COBRO.** El IDSN deberá llevar a cabo las etapas de pre-auditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad cobrante dentro del mes siguiente al vencimiento del periodo de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobro.

**21. MONTO A PAGAR POR CONCEPTO DE SERVICIOS O DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.** El monto a reconocer y pagar por cobros de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud se determinará conforme al artículo 12 de la resolución 1479 del 2015 o a la que lo modifique, adicione o sustituya

Parágrafo 1: Para la aplicación de homólogos se tendrá en cuenta lo adoptado en la resolución 354 del 17 de febrero del 2017 del IDSN o a la que lo modifique, adicione o sustituya

Parágrafo 2: en caso de que en el acta de CTC no se consigne homólogo del medicamento o tecnologías será facultad del auditor aplicar el mismo según el listado adoptado por el IDSN.





**22. PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS** el IDSN transferirá los recursos directamente a los prestadores de servicios de salud, una vez se haya superado las etapas de auditoría integral, acorde a la disponibilidad de recursos destinados para tal efecto.

#### DISPOSICIONES FINALES

**23. CUARTO CONTROL Y SEGUIMIENTO.** El IDSN dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud o entidades de control y vigilancia competentes para que adelante las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes de cobro superen en un 20%, el promedio mensual del último año o cuando se presenten cobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios en Salud.

Las entidades cobrantes en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente Resolución, identificando las variaciones en el uso de los servicios y tecnologías en salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, por cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente documento.

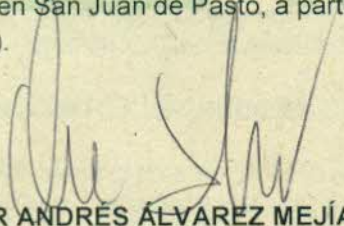
Parágrafo. Las entidades que intervengan en el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro previstas en la presente Resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.

**24. EXCLUSIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS DEL POS.** El IDSN no reconocerá las exclusiones contenidas en la Resolución. 0330 del 2016 o las normas que las adicione y/o modifique, puesto que no son de su competencia. Excepto por los Fallos de tutela.

**25. MANUAL DE AUDITORIA.** El instituto departamental de salud de Nariño adopta el manual de auditoria que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de cobro acorde a la normatividad vigente y aquellas que la modifiquen adicionen o sustituyan.

**26. FACULTADES PARA ESTABLECER PERIODOS DE RADICACIÓN Y CRONOGRAMAS**  
El IDSN, podrá fijar otros periodos de radicación o ampliar los establecidos en la presente resolución, en caso de ser necesario y fijar los cronogramas que se requieran para tal fin.

Dada en San Juan de Pasto, a partir del doce (12) día del mes de junio del año dos mil diecisiete (2017).

  
**OMAR ANDRÉS ÁLVAREZ MEJÍA**  
Director  
Instituto Departamental de Salud de Nariño

Proyecto: Alba Irene Mejía Profesional Universitario -- Jhon Jairo Arias Profesional Especializada  
Revisó: Consuelo Santisteban Jefe oficina Jurídica.  
Marcela Pinzón Solarte Sud directora de Calidad y Aseguramiento.