



GOBERNACIÓN

Departamento Archipiélago de San Andrés,
Providencia y Santa Catalina
Reserva de Biosfera Scaflower
NIT: 892400038-2

RESOLUCIÓN NÚMERO **E.001508**
(27 MAR 2019)

“Por la cual se deroga las Resoluciones 002876 y Resolución 003784 de 2015, y se adopta y 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 Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina”

LA SECRETARIA DE SALUD, de la Gobernación del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en uso de las facultades legales que le confiere el numeral 2 del Decreto Departamental 0303 de Octubre 20 de 2005, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Acuerdo 415 de 2009 del CNSSS; Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1474 de 2011, Ley 1751 de 2015, Ley 1753 de 2015, Decreto 2353 de 2015, Decreto 780 de 2016 y demás normas que se le adicionen o modifiquen.

CONSIDERANDO

Que en el marco normativo establecido en la Constitución Política de Colombia, garantiza en el territorio colombiano, el acceso y goce del derecho a la salud y la obligación del estado, para el cumplimiento de los objetivos en procura del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de toda su población.

Que las entidades territoriales de conformidad con la Ley 715 de 2011 y la ley 1797 de 2016, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas.

Que de conformidad con las directrices de la Política Nacional para lo concerniente a la prestación de Servicios de Salud, se establece el cumplimiento por parte de los Entes Territoriales, de brindar la garantía de acceso.

Que en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y en especial el Auto No. 263 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, definió los procedimientos que permiten la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

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, de conformidad a lo establecido en el artículo 14 de la ley 1122 de 2007.

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 administrativo, financiero o técnica para garantizar el goce pleno y efectivo del derecho fundamental de salud.

Que una vez unificado el Plan Obligatorio de Salud, la Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, considera necesario mejorar los procedimientos de cobro y pago directo de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud que se suministran a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de tal forma que se facilite el flujo de recursos de los entes territoriales como responsables del pago, con cargo a los recursos del SGP del sector salud, a las Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas, privadas o mixtas que les brindan estas tecnologías. ✕ 4

Que mediante la resolución 1479 del 06 de mayo del 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 la salud sin cobertura en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, previstas a los afiliados al régimen subsidiado).

Que de conformidad, con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015", modificada por la Resolución 1667 de 2015 , SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADAS A LOS AFILIADOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO" emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, se faculta al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, para que adopte uno de los modelos establecidos en los capítulos I y II, previo análisis de las capacidades técnicas, operativas y financieras del ente territorial.

Que la Resolución 00001479 de 2015 resolvió:

"Que una vez unificado el Plan Obligatorio de Salud-POS del Régimen Contributivo y Subsidiado, se expidió la Resolución 5073 de 2013, que unifico el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en plan de beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, a cargo del respectivo ente territorial.

Que se hace necesario mejorar los procedimientos de cobro, verificación y control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de salud-POS que se suministran a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de tal forma que se agilice el flujo de los recursos que las entidades territoriales a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, privados o mixtos que brindan estos servicios y tecnologías.

Que el artículo 11 de la señalada Resolución, describe además que el acto administrativo debe incluir los soportes que acompañaran la solicitud, el periodo del mes y el lugar donde deberán ser presentadas el tiempo que tardara l entidad territorial en realizar la auditoria y demás elementos necesarios que permitan establecer la obligación del pago por los servicios efectivamente prestados a los usuarios.

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 acogéndose a lo establecido en el artículo 12 de la Resolución 1479 del 2015.

Que en cualquiera de los modelos previstos en la resolución indicada, las entidades territoriales pagaran directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud los servicios y tecnología en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud que hayan superado el procedimiento de verificación y el control descrito por el manual de auditoria de recobro y cobro por servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios de la Secretaría de Salud Departamental, la Resolución 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y podrán establecer mecanismos que permitirán la realización de pagos previos..

Que mediante la resolución 5758 del 26 diciembre del 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó de manera integral el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitalización vigente para la vigencia 2019.

Que mediante la resolución 2438 de 2018 el Ministro de Salud y Protección Social reglamento el "procedimiento y requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministros de tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones".

Que mediante el artículo 2 de la Resolución 002876 del 2015,La Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina adopto el modelo de prestación de servicios contenido en el capítulo I de la Resolución 1479 del 2015 para realizar la verificación del pago de los servicios y tecnología de salud no financiadas en el plan de beneficios en salud (PBS) con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios ,la población beneficiaria del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo de la Entidad Territorial del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Que en orden a dar cumplimiento al artículo 11 de la ley 1479 de 2015 en la Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina requiere derogar las Resoluciones 002876 y 003784 de 2015, por cuanto se debe transformar el

procedimiento adoptado en las mencionadas Resoluciones, al que se establezca en el presente acto administrativo de forma que se derogaran tales disposiciones.

En merito a lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Objeto: La presente Resolución tiene por objeto adoptar el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin coberturas en el plan obligatorio de salud suministradas a los afiliados al régimen subsidiado de conformidad con lo establecido en la resolución 1479 de 2015 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, y establecer el procedimiento de la Secretaría de Salud Departamental 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 la administradora de planes de beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud.

ARTICULO SEGUNDO: ADOPTAR el modelo establecido en el Capítulo II " Garantía de la Prestación de Servicios y Tecnologías no Cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud" de la Resolución 001479 del 6 de Mayo de 2015, para garantizar la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado.

ARTICULO TERCERO: Comunicar la presente resolución a las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan sus servicios en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, haciendo entrega por el medio más idóneo del presente acto administrativo, junto con los documentos respectivos.

ARTICULO CUARTO: FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE LAS TECNOLOGIAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL POS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. Se establece que la atención de las tecnologías en salud no incluidas en el POS del régimen subsidiado serán financiadas por la Secretaría Departamental de Salud con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones-Sector Salud-Prestación de Servicios de Salud previstas para la financiación del NO PBS, los recursos de las rentas cedidas del sector salud previstos para la financiación del NO PBS de los afiliados a dicho régimen y los demás recursos considerados por la Secretaría Departamental de Salud que destine al pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS, en concordancia con la Resolución 1667 del 2015 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se modifica el artículo 3º de la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015 emanada por dicha entidad.

PARÁGRAFO.- Los Pagos correspondientes se realizarán de conformidad con los procedimientos presupuestales a que haya lugar

ARTÍCULO QUINTO: para todos los casos, el suministro de servicios de tecnología no cubiertas por el plan de beneficios con el cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado, Proveedores y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Red Prestadora de Servicios de las Empresas Promotoras de Salud.

ARTÍCULO SEXTO: 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 al UPC.** diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud en caso excepcional, las Empresas 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 de Salud, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (MIPRES) que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los seres vivos 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 prestada por una entidad recobrante ante la Secretaría de Salud Departamental al 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.
3. **COBRO:** solicitud presentada por una entidad recobrante ante la Secretaría de Salud Departamental a fin de obtener el pago de cuentas directamente a proveedores o prestadores 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 salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentara sin constancia de cancelación.
4. **EQUIDAD RECOBRANTE :** entidad promotora de su salud o entidad obligada a compensar, que garantice 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 mediante un fallo de la tutela y que solicitan a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES o quien haga sus veces, en este caso, el Ente Territorial el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud .
5. **TECNOLOGIA EN SALUD:** se entiende por tecnología de salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud así como el sistema organizativo y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 5857 de 2018 o la norma que la modifique o adicione.
6. **SERVICIO UNICO:** servicio de 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 el 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 el afiliado requiere 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 algunos 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) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente) que se encuentren en la fase de experimentación; 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 SALUD:** grupo de profesionales de salud, los cuales se reúnen para analizar las pertenencias y necesidades de utilizar un servicio o tecnología complementaria de soporte nutricional. Ambulatorio y medicamentos de listado de usos no incluidos en los registros, sanitarios (UNIRS), prescritos por el profesional de salud.
13. **MÉDICO O PROFESIONAL) PAR:** es un médico que tiene la misma capacidad 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 pre_escribe. 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 5000 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 utilizaran 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 otras personas que sufre una enfermedad grave, congénita accidental o como consecuencia de su avanzada edad que depende de un tercero sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de la EPS o EOC, por estar incluidos en el plan de beneficios de salud cubierto por la UAP.
- 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 salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes que por condición de baja rentabilidad en su comercialización no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes. adicionalmente también se incluyen 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 realiza 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 tecnología, 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 sub especialista de la medicina su par será el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub especialización del médico que prescribe. el par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras. será uno que tenga el mismo título profesional
- 21. REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGÍA EN LA SALUD NO FINANCIADA CON RECURSOS DE LA IJPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** 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 la IPS mediante la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud 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 presentación en tiempo máximo 5 días calendario.
- 23. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:** servicios 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.
- 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. TECNOLOGIA 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 UPS 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 un profesional de la salud y ordenada mediante fallo de tutela, la cual podrá realizar la IPS u otro agente de SGSSS conforme a las reglas y obligaciones del presente administrativo.
- 26. TECNOLOGÍA 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 la atención.

ARTÍCULO SEPTIMO: 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 y corresponden a lo siguiente:

1. profesionales de la salud: corresponde a los profesionales de la salud:

- I) prescribir la tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por la 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 por ello.
- III) complementar o corregir la información relacionada con la prescripción en caso de que sea 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 SALUD/ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO:** corresponde a las EPS

- I) garantizar a través de su red de prestadores de servicios de salud 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 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 definido 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 el reporte de prescripción para que 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 (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio.
- VI) reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicio complementarios de que trata la 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 los usuarios.
- VIII) garantizar la capacitación de idoneidad de la persona y las demás que se prevean en el marco de procedimiento establecido en la presente resolución.

3. **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD.** Corresponde a 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 arco de las obligaciones contractuales con la EPS.

II) utilizar la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, 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 la prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones.

V) realizar el análisis de su territorio, con fundamento de la información registrada en la herramienta tecnológica, el cual podrá ser publicada por la Entidad Territorial o remitida a las sociedades científicas para lo pertinente.

6. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL ATRAVEZ DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACION DE LA PROTECCION SOCIAL-SISPRO. Al ente rector a través de **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 OCTAVO: TRANSPARENCIA EN LA GARANTIA DE LOS SUMINISTROS DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS .La Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se acoge a lo establecido en el TITULO III de la Resolución 2438 de 2018.

ARTÍCULO NOVENO: MANUAL DE AUDITORIA: La Secretaría de Salud Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina adopta el manual de auditoria el cual hace parte integral del presente acto administrativo. Todas las tarifas se tomaran la vigencia de la prestación del servicio y corresponden a las pactadas dentro de la Red Prestadora de Servicios de Salud de las EPS , Además deben tomarse en cuenta la circular 04 de 2018 emitida por la Comisión Nacional de Precios de medicamentos y dispositivos médicos y aquellas que la modifiquen ,adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO DECIMO: 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 MIPRESS a partir del 01 de abril de 2019,sin excepción, para lo cual las EPS respectivas deberán disponer de los mecanismos necesarios para garantizar las solicitudes de recobro / cobro, para pago surtirán un proceso de verificación y control dispuesto en el manual de auditoría adoptado por la Secretaría de Salud Departamental que hace parte integral de esta Resolución que para tal efecto y que contara con las siguientes etapas:

1. **ETAPA DE RADICACION:** el objeto de esta etapa es presentar ante la Secretaría de Salud Departamental, 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 de cumplimiento de los requisitos esenciales.
2. **ETAPA DE AUDITORIA INTERNA:** el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros /cobros, conforme el manual de auditoria.
3. **ETAPA DE PAGO:** el objeto de esta etapa es generar el pago de recobro/cobro conforme a los resultados obtenidos una vez surtido el proceso de auditoría y de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente.

ARTICULO DECIMO PRIMERO: PERIODOS DE RADICACIÓN Y CRONOGRAMAS PARA RECOBROS/COBROS: La Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina radicará las cuentas medicas durante los 20 primeros días de cada mes ,en caso de considerado necesario podrá fijar para los recobros/cobros periodos de radicación o ampliar los previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin y se publicara en la página web de la entidad territorial, para tal efecto estos

periodos están establecidos en el Manual de Auditoria que forma parte del presente acto administrativo.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO: FORMATO PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN ,CONTROL Y PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBROS/COBROS sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, la Secretaría de Salud Departamental ,definirá los formatos, anexos técnicos y metodología que la entidad y/o empresa recobrante deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación control y pago de las solicitudes de recobros/cobros.

ARTICULO DECIMO TERCERO: EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: La Secretaría de Salud no reconocerá las exclusiones que cumplan los criterios determinados en el artículo 126 de la Resolución 5857 del 2018 o contenidas en la resolución 0244 del 2019 y, las normas que en el contexto del proceso establecido por la Resolución 5857 del 2018 o contenidas en la Resolución 0244 del 2019 y las normas que en el contexto del proceso establecido por la Resolución 0330 de 2017 las adiciones y/o modificaciones que se complementen o sustituyan ,puesto que no son de su competencia ,excepto para dar cumplimiento a los fallos de tutela en cuyo caso se adelantara las acciones de cobro y/o jurídicas pertinentes para recuperar los recursos invertidos para tal efecto ante las entidades responsables o competentes.

ARTICULO DECIMO CUARTO: TRANSITORIO. En aplicación artículo 1º de la **RESOLUCION 5871 DE 2018** MIENTRAS La Secretaría de Salud es activado en el aplicativo **MIPRES** no **PBS**, la prescripción de tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios deberán continuar surtiendo el trámite de aprobación ante el comité técnico científico, de conformidad con lo establecido en el título II de la resolución 5395 de 2013.

La Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa, adoptará un plazo de 4 meses contados a partir de la fecha de activación en el aplicativo, para que las EPS e IPS presenten toda la facturación autorizada por el comité técnico científico u ordenados a través del fallo de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica.

ARTICULO 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 las Resoluciones 002876 y Resolución 003784 de 2015 expedidas por el la Secretaría de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.✍

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición. ✍

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en San Andrés Isla, a los 27 MAR 2019

Juliana Jessie

La Secretaria de Salud,

JULIANA JESSIE MARTINEZ

Proyectó: JulianaJessie/Liz Manuel-Salud ✍
Revisó: Juliana Jessie - Salud ✍
Elaboró/Archivó: LizManuel-Salud.