Bucaramanga 3 de octubre de 2023

Juez
**MARTHA JULIANA RIVERA GARCÍA**
**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO**
**j04ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co**

A su Despacho

| | |
|---|---|
| Asunto: | Recurso de Reposición contra el Auto del 4 de mayo de 2023 |
| Referencia: | PROCESO EJECUTIVO |
| Radicado: | **68001310300420230005700** |
| Demandante: | MÉDIMAS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN |
| Demandado: | DEPARTAMENTO DE SANTANDER |

* * *

A su Despacho,

En calidad de Apoderado del **DEPARTAMENTO DE SANTANDER** para el proceso de la referencia, según poder anexo, por medio de la presente radicamos ante el Despacho el Recurso de Reposición en contra del Auto del 4 de mayo de 2023, por el cual se libra mandamiento de pago de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 422, 430 y 431 del Código General del Proceso, el presente Recurso se fundamente en la FALTA DE COMPETENCIA del Despacho Civil para tratar temas de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, esto de conformidad con el Numeral 1 del Artículo 100 de la Ley 1564 de 2012.

Respecto de la notificación del Auto del 4 de mayo de 2023, esta fue adelantada por parte de la parte Demandante el día 28 de septiembre a las 16:33 horas, como se aprecia en la siguiente captura de pantalla del correo electrónico:

**De:** Notificaciones Judiciales Medimás <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>
**Enviado:** jueves, 28 de septiembre de 2023 16:33
**Para:** Notificaciones Jurídica Gobernación de Santander <notificaciones@santander.gov.co>; info <info@santander.gov.co>
**Asunto:** RV: Notificación Auto Admisorio 68001310300420230005700

Bogotá, 28 de septiembre de 2023

Señores:
DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
GOBERNACIÓN DE SANTANDER
notificaciones@santander.gov.co
info@santander.gov.co

Asunto: Notificación de Auto librando mandamiento de pago, Art 9, Ley 2213/2022
Radicado: 68001310300420230005700
Demandante: MEDIMAS EPS en LIQUIDACIÓN
Demandados: DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER - GOBERNACIÓN DE SANTANDER

Por lo que el presente recurso, se presenta dentro de la oportunidad procesal dispuesta en el artículo 318 del Código General del Proceso.

**CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

Existe una falta de competencia por parte del juzgado civil y siendo correspondiente que la Litis se resuelva ante el Contencioso, de acuerdo a lo establecido en el artículo 104 de la Ley 1437 de 2011 establece claramente dicha diferencia:

«*ARTÍCULO 104. DE LA JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.* ***La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer,*** *además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, d****e las controversias y litigios originados en actos,*** *contratos, hechos, omisiones y* ***operaciones, sujetos al derecho administrativo****, en los que estén involucradas las* ***entidades públicas****, o los particulares cuando ejerzan función administrativa.»* - Subrayado y negrilla fuera de texto.

En este sentido, corresponde a la Jurisdicción Contencioso Administrativa resolver el conflicto, dado el carácter de Entidad Publica que tiene la Gobernación de Santander, de conformidad con lo establecido en el articulo 104 de la Ley 1437 de 2011.

Al respecto, de este punto es pertinente establecer que la falta de competencia de la jurisdicción civil para conocer de un proceso de recobro para el reconocimiento de un servicio en salud, es un tema que ha sido tratado por parte de la Corte Constitucional en el Conflicto Negativo de Competencias de Jurisdicciones, como se aprecia en el siguientes Autos de los expedientes CJU-072 y CJU-356 , en los siguiente términos:

*«Auto 389/21 expediente CJU-072 conflicto de jurisdicciones suscitado entre el Juzgado 6 Laboral del Circuito de Bogotá y el Juzgado 61 Administrativo del Circuito de Bogotá. Magistrado sustanciador Antonio José Lizarazo Ocampo.*
*Regla de decisión*
**54.** ***El conocimiento de los asuntos relacionados con los recobros de servicios y tecnologías en salud no incluidos en el POS, hoy PBS, corresponde a los jueces contencioso administrativos, en virtud de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 104 de la Ley 1437 de 2011****, por cuanto a través de estos se cuestiona por parte de una EPS un acto administrativo proferido por la ADRES.*
*Este tipo de controversias no corresponde a las previstas en el numeral 4o del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, en la medida en que no se relacionan, en estricto sentido, con la prestación de los servicios de la seguridad social. En cambio, se trata de litigios presentados exclusivamente entre entidades administradoras y relativos a la financiación de servicios ya prestados, que no implican a afiliados, beneficiarios o usuarios ni a empleadores.»*

*«Auto 785/21 expediente CJU-356 conflicto de jurisdicciones suscitado entre Juzgado 8 administrativo del Circuito de pasto y el Juzgado 1 Laboral del Circuito de la misma ciudad. Magistrado sustanciador Antonio José Lizarazo Ocampo.*
*Regla de decisión*
*25.* ***El conocimiento de los asuntos relacionados con los recobros de servicios y tecnologías en salud no incluidos en el POS del régimen subsidiado, hoy PBS, corresponde a los jueces contencioso administrativos, en virtud de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 104 de la Ley 1437 de 2011****, por cuanto a través de estos se cuestiona por parte de una EPS la actuación, manifestación y responsabilidad de una entidad territorial. Este tipo de controversias no corresponde a las previstas en el numeral 4o del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, en la medida en que no se relacionan, en estricto sentido, con la prestación de los servicios de la seguridad social. En cambio, se trata de litigios presentados exclusivamente entre una entidad administradora y una entidad territorial relativos a la financiación de servicios ya prestados, que no implican a afiliados, beneficiarios o usuarios ni a empleadores.»* Subrayado y negrilla fuera de texto.

Es importante que el Despacho tome en consideración que la facturación que presenta el demandante, son por conceptos de servicios médicos – hospitalarios – quirúrgicos NPBS (NO POS) prestados a pacientes a cargo de dicha entidad, con fundamento en la siguiente normativa:

- Decretos 4747 de 2007 - Por medio del cual el Ministerio de la Protección Social regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- Resolución 1479 de 6 de mayo de 2015- Por el cual el Ministerio de Salud y Protección Social 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 Régimen Subsidiado

- Decreto 780 de 2016 - Por medio del cual el Ministerio de Salud y Protección Social se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Socia
- Decreto 1281 de 2002 - Por el cual la Presidencia de la República expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación
- Decreto 723 de 1997 - Por el cual Presidencia de la República dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

Así mismo, es importante anotar que la Gobernación de Santander ha emitido su propias resoluciones para el cumplimiento de esas disposiciones, como son las siguientes:

- Resolución 012196 del 19 de junio de 2015 – Por la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso y cobro efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan obligatorio de Salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, de acuerdo con lo descrito en la Resolución 1479 de 2015
- Resolución 11690 de abril 2 de 2019 – Por la cual se adopta el procedimiento para prescripción, cobro y pago de servicios, tecnologías y servicios complementarios No financiados en el Plan de Beneficios de Salud, con cargo a la UPC, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento de Santander.

Como se puede apreciar esta normativa describe a que este tipo actuación netamente administrativa y que se encuentra reglada como se puede apreciar, de ahí que se considera razonable que el control sea asumido por la jurisdicción contenciosa administrativa.

Es de resaltar que la empresa Demandante manifiesta que para este tipo de facturas se debe adelantar una auditoría, objeciones y glosas por parte de la Secretaria de Salud de Santander mediante actos administrativos (ver hecho noveno de la demanda), puesto que es por el préstamo de servicios integrales de salud domiciliarios no soportados en Contrato de Prestación de Servicios a población vinculada a cargo del ente departamental. Ante lo manifestado por la Demandante que es necesario que se adelante la Auditoría Medica Financiera para la revisión de glosas de la facturación, se demuestra que esta facturación debe ser objeto de un proceso administrativo de verificación y control acorde a la normativa especial, por lo cual estamos ante una actuación administrativa cuyo actuar debe ser revisado por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

Teniendo en cuenta lo anterior, para evitar una posible nulidad en el proceso y para que se de aplicación al artículo 138 de la Ley 1564 de 2012, el cual establece:

> *« ARTÍCULO 138. EFECTOS DE LA DECLARACIÓN DE FALTA DE JURISDICCIÓN O COMPETENCIA Y DE LA NULIDAD DECLARADA. Cuando se declare la falta de jurisdicción, o la falta de competencia por el factor funcional o subjetivo, lo actuado conservará su validez y el proceso se enviará de inmediato al juez competente; pero si se hubiere dictado sentencia, esta se invalidará.*
>
> *La nulidad solo comprenderá la actuación posterior al motivo que la produjo y que resulte afectada por este. Sin embargo, la prueba practicada dentro de dicha actuación conservará su validez y tendrá eficacia respecto de quienes tuvieron oportunidad de controvertirla, y se mantendrán las medidas cautelares practicadas.*
>
> *El auto que declare una nulidad indicará la actuación que debe renovarse.»*

## SOLICITUDES

**I.** Solicitamos que se declare la falta de competencia.
**II.** Solicitamos que se remita la demanda junto con sus anexos, para que por intermedio suyo sea repartida a los señores y señoras JUECES y JUEZAS ADMINISTRATIVOS DE BUCARAMANGA (REPARTO), con el fin de que éstos conozcan de la misma.
**III.** Solicitamos que mientras no se encuentre en firme el Auto de Mandamiento de Pago, misma situación se corra con el Auto que Decreto las Medidas Cautelares en caso de haberse expedido Despacho.

## ANEXOS

- Poder para actuar, soporte del poder.
- Resolución 012196 del 19 de junio de 2015 y Resolución 11690 de abril 2 de 2019, actos administrativos expedidos por el DEPARTAMENTO DE SANTANDER – GOBERNACIÓN y SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER para la adopción del procedimiento de verificación, control, reconocimiento y pago de recobros por servicios y tecnologías NO PBS (NO POS).

Cordialmente,

**JULIAN RENE RENGIFO NIÑO**
Profesional Universitario -Gobernación de Santander
C.C. 91.523.431 de Bucaramanga
T.P. Nº 166.567 del CSJ
Correo electrónico institucional: ca.jrengifo@santander.gov.co
Notificaciones Judiciales: **notificaciones@santander.gov.co**

*República de Colombia*

*Gobernación de Santander*

Señores
**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO**
**j04ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co**

A su Despacho

| | |
|---|---|
| Asunto: | OTORGAMIENTO DE PODER |
| Referencia: | PROCESO EJECUTIVO |
| Radicado: | **68001310300420230005700** |
| Demandante: | MÉDIMAS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN |
| Demandado: | DEPARTAMENTO DE SANTANDER |

* * *

**OSCAR RENÉ DURÁN ACEVEDO**, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad, identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de **JEFE OFICINA JURÍDICA DE LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER** según DECRETO Nº 008 de fecha 6 de enero de 2021 expedido por el **GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**, y con fundamento en el Decreto N° 0002 de 4 de enero de 2016, «*Por el cual se efectúa una delegación*»; manifiesto que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al Profesional Universitario adscrito a la OFICINA JURÍDICA de la Gobernación de Santander, el abogado **JULIÁN RENE RENGIFO NIÑO,** identificado como aparece al pie de su firma; para que represente al **DEPARTAMENTO DE SANTANDER** dentro del proceso de la referencia.

El Apoderado del Departamento de Santander cuenta ampliamente con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente Poder, especialmente para presentar el escrito introductorio, contestar la demanda, formular excepciones, presentar y solicitar pruebas, interponer los recursos ordinarios de Ley; así como también las de RECIBIR OFICIOS, SUSTITUIR, DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RENUNCIAR, REASUMIR, SOLICITAR COPIAS y todas aquellas que tiendan al buen cumplimiento de su gestión, todo de conformidad con el artículo 77 del Código General del Proceso, sin que en ningún momento se entienda que carece de Poder suficiente.

En cuanto, las facultades de CONCILIAR y TRANSIGIR, solo podrá actuar bajo los parámetros fijados por el **COMITÉ DE CONCILIACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**, por carecer el Apoderado de la disposición del derecho en litigio. Asimismo, la facultad de RECIBIR TÍTULOS está restringida al Apoderado por ser exclusiva del señor Gobernador del Departamento que, de ser el caso, otorgará Poder Especial directamente para ese efecto.

Sírvase, en consecuencia, reconocerle personería jurídica para actuar y facilitarle el acceso al enlace al expediente digital.

Atentamente,

**OSCAR RENÉ DURÁN ACEVEDO**
**JEFE OFICINA JURÍDICA GOBERNACIÓN DE SANTANDER**
C.C. Nº 91.276.389 expedida en Bucaramanga.
T.P. Nº 116.623 del C.S.J.
Email institucional: **ln.oduran@santander.gov.co**
Notificaciones Judiciales: **notificaciones@santander.gov.co**

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
El suscrito HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO Notario septimo del circulo de Bucaramanga, CERTIFICA que las firmas que autorizan el anterior documento corresponden a las registradas en la notaria por Oscar Rene Duran Acevedo
Según confrontación que se ha hecho de ellas
Bucaramanga 02 OCT 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria Septima BUCARAMANGA DPTO. DE SANTANDER

HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO
NOTARIO SÉPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

Acepto,

**JULIAN RENE RENGIFO ÑIÑO**
C.C. 91.523.431 de Bucaramanga
T.P. Nº 166.567 del CSJ
Correo electrónico institucional: ca.jrengifo@santander.gov.co
Notificaciones Judiciales: **notificaciones@santander.gov.co**

Anexos: Decreto Nº002 del 4 de enero de 2016 - Decreto Nº 008 de fecha 6 de enero de 2021, Acta de Posesión y demás

272359

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

# TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

166567
Tarjeta No.

19/02/2008
Fecha de Expedicion

20/11/2007
Fecha de Grado

JULIAN RENE
RENGIFO NIÑO

91523431
Cedula

SANTANDER
Consejo Seccional

INDUSTRIAL DE S/TDER
Universidad

Jesael Antonio Giraldo Castaño
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

FESA SA

12/2007-10029880

098058

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

| Gobernación de Santander | ACTA DE POSESIÓN | CÓDIGO | AP-AI-RG-01 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 4 |
| | | FECHA APROBACIÓN | 18/12/2018 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

## ACTA DE POSESION No. 729

Fecha : DD / MM / AAAA 13 / 01 / 2021

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, se presentó en el Despacho del Señor Gobernador,

el(la) señor(a) OSCAR RENE DURAN ACEVEDO

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 91.276.389 Expedida en BUCARAMANGA

Con el fin de tomar posesión del:

CARGO: JEFE OFICINA JURIDICA CÓDIGO: 006 GRAD: 02

NIVEL: DIRECTIVO ASIGNACIÓN MENSUAL : $ 14.439.012

PLANTA: Empleos del Despacho del Gobernador

CARÁCTER NOMBRAMIENTO: ORDINARIO

Acto Administrativo: Decreto No. 008 FECHA: DD / MM / AAAA 06 / 01 / 2021

Emanado: Despacho del Gobernador

Documentos Verificados :

| | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| Requisitos del cargo según formato de verificación de competencia | x | | Afiliación a la EPS | x | |
| Antecedentes Judiciales | x | | Afiliación Fondo de Pensiones | x | |
| Antecedentes Disciplinarios | x | | Afiliación Fondo de Cesantías | x | |
| Antecedentes Fiscales – Contraloría | x | | Formato Único Hoja de Vida | x | |
| Declaración de Bienes y Rentas | x | | Libreta Militar | x | |

OBSERVACION: Allega declaración extra juicio ante notario de fecha 13 de enero de 2021, sobre ausencia de inhabilidad para desempeñar el cargo

Verificado el cumplimiento de requisitos, el posesionado prestó el juramento ordenado por el Artículo 122 de la Constitucion Nacional y manifestó bi la gravedad de juramento que no se encuentra incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional y dem normas legales vigentes

La presente posesión tiene efectos fiscales y legales a partir de: DD / MM / AAAA 13 / 01 / 2021

En consecuencia, se firma como aparece,

MERY LUZ HERNANDEZ LOPEZ
Gobernadora Encargada

ELGA JOHANNA CORREDOR SOLANO
Directora Administrativa de Talento Humano

OSCAR RENE DURAN ACEVEDO
Posesionado

Revisó

IVONNE MARCELA RONDON PRADA
Secretaria General

*Elaboró: Carlos Fernando Pedraza Santamaria.*

**Numero Consecutivo 019**

**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO**
**DE LA GOBERNACION DE SANTANDER**
**NIT. 890201235-6**

**CERTIFICA**

Que, **OSCAR RENE DURAN ACEVEDO,** identificado con cédula de ciudadanía número 91.276.389, trabaja con la Gobernación del Departamento de Santander, desde el 13 de enero de 2021, actualmente ocupando el cargo de **JEFE OFICINA JURIDICA-**, Nivel Directivo, Código 006, Grado 02, de la Planta de Empleos del Despacho del Gobernador, nombrado mediante Acta de Posesión N° 729 de enero 13 de 2021 y Decreto N° 008 del 06 de enero de 2021.

Observaciones: Empleo de Libre Nombramiento y Remoción.

Se expide en Bucaramanga, a los 13 días del mes de enero de 2021.

**ELGA JOHANNA CORREDOR SOLANO**

Proyectó: Zorrilda Barajas 6910880 Ext 1024

**DECRETO No. - . 008 DE 2021**

*"Por la cual se efectúa un nombramiento ordinario"*

**EL GOBERNADOR DE SANTANDER**

En uso de sus facultades legales y,

**CONSIDERANDO:**

Que el empleo JEFE DE OFICINA, Nivel Directivo, Código 006, Grado 02, Oficina Jurídica, adscrito a la Planta de empleos del Despacho del Gobernador, libre nombramiento y remoción, se encuentra como vacante definitiva.

Que el artículo 23°, inciso 2°, de la ley 909 de 2004 establece: "Los empleos de libre nombramiento y remoción serán provistos por nombramiento ordinario, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del empleo y el procedimiento establecido en esta ley.".

Que por lo anteriormente expuesto se,

**DECRETA:**

**ARTICULO UNICO:** A partir de la fecha del presente Decreto, nombrar con carácter ORDINARIO a **OSCAR RENE DURAN ACEVEDO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.276.389 de Bucaramanga (Sder), en el empleo JEFE DE OFICINA, Nivel Directivo, Código 006, Grado 02, Oficina Jurídica, adscrito a la Planta de empleos del Despacho del Gobernador, libre nombramiento y remoción.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE,**

Expedida en Bucaramanga a, 06 ENE 2021

**NERTHINK MAURICIO AGUILAR HURTADO**
Gobernador

*Vo.Bo: Aida Margarita Hernández Angulo, Asesor Despacho Gobernador*
*Revisó: Ivonne Marcela Rondón Prada Secretaria General*
*Proyectó: Elga Johanna Corredor Solano, Directora Administrativa del Talento Humano*
*Elaboró: Carlos Fernando Pedraza, Profesional Universitario*

DECRETO No. 0 0 0 2

*"Por el cual se efectúa una delegación"*

EL GOBERNADOR DE SANTANDER

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las contempladas en el artículo 209 de la Constitución Política y el artículo 23 de la Ley 446 de 1998, artículos 9,10,11 y 12 de la Ley 489 de 1998, artículo 199 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 612 de la Ley 1564 de 2012, C.G.P.

CONSIDERANDO:

Que el artículo 209 de la Constitución Política estipula "la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado..."

Que el artículo 23 de la Ley 446 de 1998, dispone que las modificaciones del auto admisorio de las demandas a las entidades públicas, deben hacerse personalmente a sus representantes legales o a quien éstos hayan delegado la facultad de recibir notificaciones.

Que el artículo 9 de la Ley 489 de 1998 dispone que: "... los ministros, directores de departamentos administrativos, superintendentes representantes legales de organismos y entidades que posean una estructura independiente y autonomía administrativa podrán delegar la atención y decisión de los asuntos a ellos confiados por la ley y los actos orgánicos respectivos, en los empleados públicos de los niveles directivo y asesor vinculados al organismo correspondiente, con el propósito de dar desarrollo a los principios de la función administrativa enunciados en el artículo 209 de la Constitución Política y en la presente ley".

Que para garantizar un trámite oportuno, completo y eficiente a las acciones judiciales promovidas por y en contra el Departamento de Santander, se hace necesario implementar el trámite interno correspondiente.

Que se hace necesario dar aplicación al artículo 199 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 612 de la Ley 1564 de 2012 C.P.G.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

DECRETA:

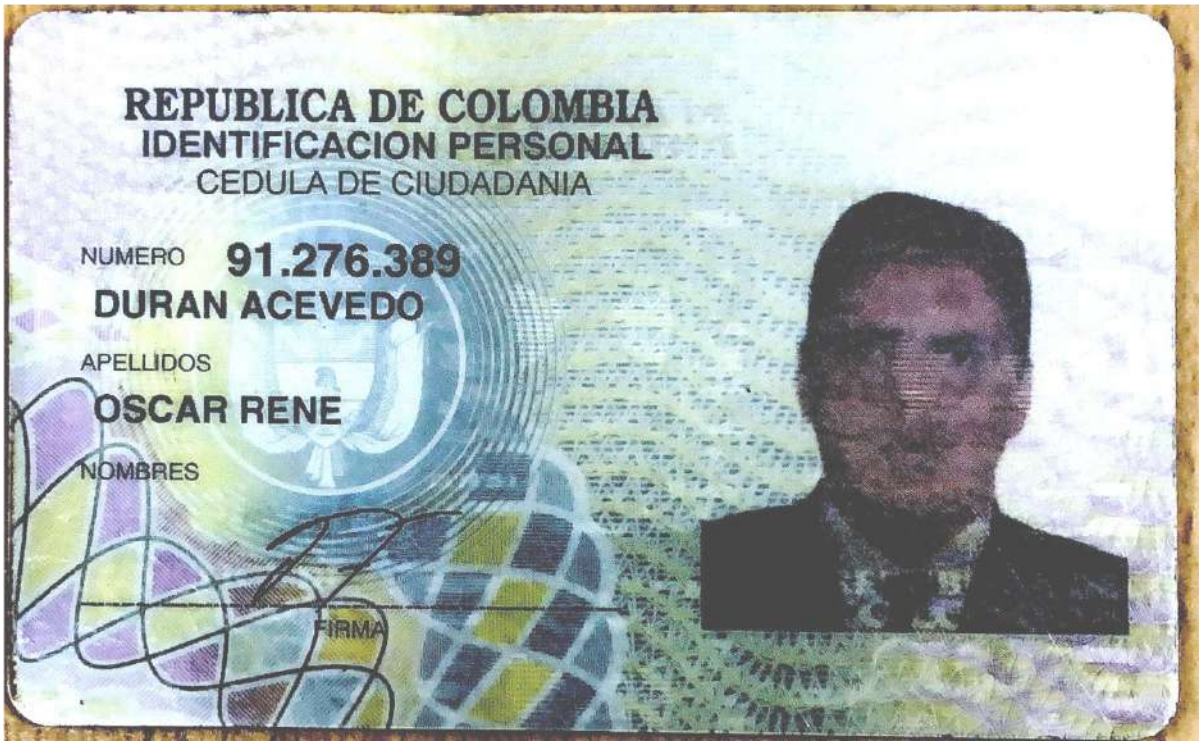
ARTICULO PRIMERO: Delegar en el JEFE DE LA OFICINA JURIDICA el ejercicio de la representación judicial del Departamento de Santander, en virtud de la cual podrá representar al DEPARTAMENTO DE SANTANDER directamente, otorgar poder a cualquier abogado del ente territorial o, si es del caso, a un abogado externo.

ARTICULO SEGUNDO: Delegar en el JEFE DE LA OFICINA JURIDICA la notificación de los actos administrativos de las demandas que se profieran dentro de los procesos adelantados en cualquier jurisdicción en contra del DEPARTAMENTO DE SANTANDER. Así mismo, el Jefe de la Oficina Jurídica podrá otorgar poder a quienes representaran judicial y extrajudicialmente al Departamento de Santander en defensa de sus intereses.

ARTICULO TERCERO: El presente decreto, rige a partir de su expedición, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE,
Expedido en Bucaramanga a los, 0 4 ENE 2016

DIDIER ALBERTO TAVERA AMADO
Gobernador de Santander


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 91.276.389
DURAN ACEVEDO
APELLIDOS
OSCAR RENE
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1970
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.84
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-MAR-1989 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
0700100-00438927-M-0091276389-20130606
0033332809A 1
39519807

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

# TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

116623
Tarjeta No.

21/08/2002
Fecha de Expedicion

26/07/2002
Fecha de Grado

OSCAR RENE
DURAN ACEVEDO

91276389
Cedula

SANTANDER
Consejo Seccional

STO.TOMAS/ B/MANGA
Universidad

Presidente Consejo Superior
de la Judicatura

30083

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

**RESOLUCION NÚMERO** - 012196 **DE 2015**

( 19 JUN 2015 )

Por la cual se establece el procedimiento para garantizar el acceso y cobro efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan obligatorio de Salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, de acuerdo con lo descrito en la Resolución 1479 de 2015.

## LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

En ejercicio de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001 y las funciones esenciales establecidas en el Decreto Departamental 271 de 2013, por medio del cual se modifica y se ajusta el Manual específico de funciones, competencias laborales y requisitos de los empleos de la planta de personal de la Secretaria de Salud de Santander y

## CONSIDERANDO:

1. Que de acuerdo a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007, corresponde a las entidades territoriales, gestionar y garantizar la prestación de los servicios de salud, de forma oportuna, eficiente y con calidad, a la población pobre, en lo no cubierto con subsidio a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado de su jurisdicción en lo no cubierto por el POS.

2. Que desde la expedición de la Resolución 5521 de Diciembre de 2013 se definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud -POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio Nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

3. Que es de gran importancia para efectos de definir si un evento o servicio solicitado está o no contemplado en el plan de beneficios; tomar como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud así:

   3.1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

   3.2. Por consiguiente, para establecer coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los Anexos 02 y 03 de la Resolución 5521 de 2013, incluyendo los códigos temporales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

   3.3. El Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica y Química ATC

3.4. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.

4. Que en la Resolución 5395 de diciembre 24 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social unificó el procedimiento de recobros que deben seguir las entidades recobrantes para presentarlos cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), indicando requisitos, fechas y condiciones para su presentación, así como el procedimiento que debe seguir la administración para la verificación de las mismas y los plazos con que cuenta para el pago, cuando a ello hubiere lugar.

5. Que la Resolución 5395 de 2013, define ***Comparador Administrativo***; como la Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de recobro.

6. Que dentro de las funciones del El Comité Técnico-Científico (CTC) se establecen:

6.1. Aprobar o desaprobar las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, ordenadas por los médicos tratantes de los afiliados.

6.2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.

6.3. Registrar, ***de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante***, el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen; incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidades equivalentes al medicamento solicitado.

6.4. Registrar, ***de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante***, el o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que se remplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan Obligatorio de Salud procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico-Científico (CTC), deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

7. Que la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015, permite a las entidades territoriales definir el mecanismo más idóneo para garantizar la prestación de los servicios de las tecnologías sin cobertura en el POS; y a su vez definir el mecanismo y trámite a seguir para el proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de estos servicios.

los servicios NO POS, brindados a los pacientes , la presente Resolución tiene el objetivo de plantear un modelo integrado mixto; lo cual está permitido por la resolución 1479 de 2015, buscando de manera prioritaria garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial competente.

## RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar por La Secretaria de Salud de Santander el **MODELO** establecido en el Capítulo I, del Título II de la **Resolución 1479 de 2015**, con el fin de organizar una Red de Prestadores de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el POS, que garantice la prestación de tales servicios de una manera oportuna y eficaz.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Autorizar **de manera transitoria servicios a la red adscrita de las EPS-S,** mientras se cumplen las formalidades precontractuales y contractuales para disponer de una red de prestadores que nos brinden la totalidad de los servicios NO POS, momento en el cual se utilizará el modelo planteado en capítulo II de la resolución 1479 de 2015. Para tal fin se debe cumplir lo definido en el procedimiento No. 3 de la presente Resolución.

**ARTÍCULO TERCERO:** Definir como Modelo para la Prestación de Servicios y Tecnologías No POS el siguiente:

### 1. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS NO POS

Teniendo en cuenta lo descrito en la resolución 1479 de 2015 la Secretaria de Salud de Santander implementa un Modelo Integrado , en el cual se garantiza la prestación de la totalidad de los servicios NO POS a través de la red de prestadores contratados habilitados, precisando cualquiera de los siguientes procedimientos a seguir, los cuales se detallan a continuación:

**PROCEDIMIENTO I: AUTORIZACIÓN A RED PUBLICA CONTRATADA**

La Red de prestadores que brindarán el servicio NO POS solicitado por los médicos tratantes y aprobado por los Comités Técnicos Científicos y/o ordenados por acciones de tutelas, estará a cargo de la RED PÚBLICA de nuestro Departamento de Santander; con la cual se tenga contrato definido siempre y cuando la entidad respectiva este habilitada para brindarlo.

**Por lo tanto en este caso 1**, la Secretaria de Salud de Santander de manera directa gestionara la autorización respectiva a la IPS asignada, para brindar el servicio requerido por el paciente.

**PROCEDIMIENTO II: AUTORIZACION A RED COMPLEMENTARIA CONTRATADA**

Si en el momento de demandar el servicio NO POS , la Red Pública contratada no tiene habilitado el servicio requerido por el usuario, o existe limitación del servicio por falta de capacidad resolutiva, administrativa, financiera, operativa o técnica, esta actividad se brindará a través de la RED PRIVADA, que está habilitada para este servicio, y tenga contrato directo con la Secretaria de Salud de Santander.

**Por lo tanto en este caso 2**, la Secretaria de Salud de Santander de manera directa gestionara la autorización respectiva a la IPS asignada, para brindar el servicio requerido por el paciente.

**PROCEDIMIENTO III: AUTORIZACION A RED ADSCRITA A LAS EPS**

SI por la complejidad tecnológica y exclusividad del servicio requerido por el usuario, la Secretaria de Salud de Santander, no dispone de una red contratada habilitada para brindar este servicio; se utilizará de manera transitoria el MODELO II planteado por la resolución 1479 de 2015 en la cual se garantizara y prestará el servicio a través de la red de proveedores con la que tenga contrato la entidad administradora de planes de beneficios a la cual este afiliado el usuario.

***Parágrafo**: una vez identificada la necesidad de utilizar el **procedimiento III** , y esta solicitud de este prestador del servicio se haga reiterativa y necesaria , la Secretaria de Salud de Santander, iniciara los tramites administrativas para plantear si es posible , un convenio directo con el prestador del servicio al cual se esté utilizando este mecanismo de escogencia de red de prestador.*

**Por lo tanto en este caso 3,** la Secretaria de Salud de Santander autorizara a la entidad administradora de planes de beneficio, gestione la autorización respectiva con la IPS que pueda garantizar el servicio de su red de prestadores; con lo cual posteriormente gestionara el trámite de cobro respectivo, direccionado en esta resolución

## 2. AUTORIZACION DEL SERVICIO

Todos los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial, deben ser consolidados, relacionados y direccionados por las diferentes administradoras de planes de beneficios ante el área de AUTORIZACIONES de la Secretaria de Salud de de Santander.

Desde el momento de allegar al ÁREA DE AUTORIZACIONES de la Secretaria de Salud de Santander, la documentación en la cual se solicita el servicio no contemplado en el plan de beneficios, autorizados por los comités técnico científicos o por una autoridad judicial, La Secretaria de salud de Santander, dispondrá de tres (3) días hábiles contados a partir del siguiente día de recibida la solicitud , para definir , direccionar , e informar al usuario, el procedimiento I , II o III, relacionados en el artículo 1 de la presente resolución, con el cual se garantizara oportuna y eficazmente la prestación del servicio requerido por el paciente.

## 3. SOLICITUD DE SERVICIOS NO POS AMBULATORIOS A TRAVÉS DE COMITÉS TECNICO CIENTÍFICOS

Por parte de la Secretaria de Salud de Santander se asignara un profesional de la salud, el cual siempre estará presente durante la realización de los comités técnicos científicos de las entidades administradoras de planes de beneficio.

Como dice la normatividad vigente este representante, tendrá voz donde realizara las observaciones específicas de cada una de las solicitudes de los servicios no pos requerido, pero no tendrá voto en las mismas.

Para cumplir con lo anterior la Entidad administradora de plan de beneficio informara la programación mensual fecha, hora y lugar donde serán realizados los comités técnico científicos respectivos.

### 3.1. TIEMPO MAXIMO EXIGIDO PARA RADICACION DE SOLICITUDES DE SERVICIOS AMBULATORIOS NO POS ORIGINADOS POR CTC:

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, todo servicio ambulatorio, el cual según resolución 5521 de 2013 y las demás normas que adicionen o modifiquen ***no este contemplado en el plan de beneficios***, se tendrá cómo tiempo límite máximo de radicación de solicitud un servicio no pos para ser llevado a CTC el siguiente:

Partiendo de la fecha de la orden médica en la cual se solicita el servicio, el tiempo máximo permitido para realizar la radicación del servicio y ser llevado a CTC, será de máximo 20 días calendarios.

Los servicios solicitados con fecha superior a estos 20 días calendario serán siempre considerados como no aprobados y no serán tenidos en cuenta para el trámite formal de solicitud de un evento NO POS.

Una vez realizado el comité técnico científico y sea aprobado el servicio NO CONTEMPLADO EN EL POS, este comité allegara dentro de un tiempo no mayor a **TRES (3)** días hábiles la solicitud formal del evento NO POS, al área de autorizaciones de la Secretaria de Salud de Santander, para definir la red de prestador según el procedimiento I, II o III la que la secretaría de salud defina, superado este tiempo serán siempre considerados como no aprobados y no serán tenidos en cuenta para el trámite formal de solicitud de un evento NO POS.

## 4. SOLICITUD DE SERVICIOS NO POS, DE URGENCIA O EN PACIENTES HOSPITALIZADOSA TRAVÉS DE COMITÉS TECNICO CIENTÍFICOS

Si dentro de la red de prestadores relacionados por la Secretaria de Salud de Santander, no se encuentra un prestador habilitado para brindar el servició requerido por el paciente LA EPS AUTORIZARA EL SERVICIO a su red de prestadores con la cual tenga convenio; el prestador del servicio solicitara ante la entidad administradora de planes de beneficios la autorización del comité técnico científico y posteriormente gestionara la solicitud de pago ante la Secretaria de Salud de Santander a través de la entidad administradora de planes de beneficio según lo direccionado en esta resolución.

## 5. AUDITORIA DE LAS SOLICITUDES DE COBRO

Amparado en el artículo 11 de la resolución 1479 de 2015, la cual define que las administradoras de planes de beneficios, o las instituciones prestadoras del servicio presentarán ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la resolución 1479 de 2015; de igual forma se evidencia la necesidad de realizar auditoría integral de la cuenta, amparado el anexo 5 de la resolución 3047 del 2008; esta Secretaria considera realizara esta auditoría integral basado en esta normatividad antes relacionada y

## 6. PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS

Amparados en el parágrafo del Artículo 11 de la resolución 1479 del 2015, en la cual se considera que las Secretarias de Salud Departamentales podrán adoptar y adaptar el manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo; en vista de lo anterior la Secretaria de Salud de Santander define el procedimiento que a partir de la fecha aplicara para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del régimen subsidiado , el cual garantiza se verifiquen todos los requisitos relacionados en artículo 11 de la resolución 1479 , y auditoria integral según anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008, el cual se define y detalla a continuación:

### *6.1. COBRO DE SERVICIOS NO POS AUTORIZADOS DIRECTAMENTE A LAS IPS PUBLICAS O PRIVADAS CON LA CUAL SE TIENE CONVENIO CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMETAL:*

En estos casos las IPS que brinda el servicio en salud no contemplado en el POS, facturara directamente a la secretaria de Salud de Santander, la cual realizara auditoría integral y realizara objeciones de auditoría según la resolución 3047 anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 y las demás normas que adicionen o modifiquen.

En esta facturación presentada por la IPS se debe evidenciar y soportar el descuento de las siguientes observaciones:

1. Descuento del valor de la cuota de recuperación según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y las demás normas que adicionen o modifiquen, en los casos que apliquen dicho cobro.

2. Descuento del valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, según direccionamiento del art 11 de la resolución 1479 de 2015; Esta observación aplica a todos los servicio no pos autorizados por los Comités Técnico-Científicos (CTC) u ordenados por autoridad judicial.

3. Todo servicio NO POS facturado, independiente si se trata de un medicamento o procedimiento deberá tener el descuento específico, el valor del medicamento o procedimiento homologado contemplado en el POS, esta observación debe ser definida de manera específica y soportada el comité técnico científico realizado.

### *6.2. COBRO DE SERVICIOS NO POS AUTORIZADOS DIRECTAMENTE POR LAS EPS EN SU RED DE PRESTADORES*

En estos casos la IPS que brinda el servicio en salud no contemplado en el POS, facturara directamente a la ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO

Una vez conciliada esta auditoría inicial, realizara y gestionara el trámite de recobro amparado en resolución 5395 de 2013, la cual la Secretaria de Salud de Santander adopto y adaptará para se reemplacen los trámites administrativos definidos por esta normatividad.

Toda la facturación recobrada por la ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS recobrada por ser NO POS ante la Secretaria de Salud de Santander, una vez se realice la auditoría integral y se identifique la responsabilidad del pago , este giro se realizara directamente a la IPS o red de prestador , que brindo el servicio de salud NO POS.

### 6.2.1. ***REQUISITOS ESENCIALES PARA TRAMITE DE COBRO DE LA FACTURACION CUANDO LAS EPS CUANDO BRINDEN LOS SERVICIOS EN SU RED DE PRESTADORES***

Las entidades ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENÉFICO deberán radicar ante la Secretaria de Salud de Santander, en el área de aseguramiento, sistemas de información, los siguientes documentos:

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.

2. ***Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho*** si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.

3. ***Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos*** aplicables a sus afiliados.

### 6.2.2. ***REQUISITOS GENERALES PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS COBROS DE EVENTOS NO POS.***

Las administradoras de planes de beneficio deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. ***Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT)*** que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.

2. ***Copia del Acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o copia del fallo de Tutela.***

3. ***Copia de la factura de venta*** o documento equivalente.

### 6.2.3. ***DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA***

Cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela donde se autorice el

Sin perder nuestra autonomía se ratifica que siempre deberán presentar copia de la tutela respectiva en los cuales se amparó la autorización del servicio o evento no pos requerido por el paciente.

De igual forma cuando el usuario solicite algún servicio definido o relacionado como "exclusiones" en la resolución 5521 de 2013 y las demás normas que adicione o modifiquen; nuestra entidad exigirá que en el resuelve del fallo de tutela, se relacione de manera detallada se autorice el servicio requerido excluido del pos, de lo contrario se consideraran por parte de la secretaria de salud no amparados en el fallo de tutela.

### 6.2.4. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.

La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, la totalidad de requisitos exigidos en al artículo 16 de la resolución 5395 del 2013.

## 7. ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Las solicitudes de recobro para pago surtirán las siguientes etapas de verificación y control cumpliendo con lo direccionado en los artículos 18 al 30 de la resolución 5395 del 2013, resaltando de estos los siguientes:

***7.1. ETAPA DE PRE-RADICACIÓN***: el objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.

El inicio de esta etapa se realiza ante el área de sistemas de información, área de aseguramiento, por vía web o directamente con la presentación se requisitos exigidos para la pre-radicación de los recobros.

En esta etapa nuestra entidad validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
2. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed).
4. Código Único de Medicamentos (CUM).
5. Registro Único de Víctimas (RUV).
6. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

y finaliza cuando la entidad administradora de plan de beneficio da cumplimiento con el artículo 21 de la resolución 5395 de 2013.

7.2. ***ETAPA DE RADICACIÓN***: el objeto de esta etapa es presentar los Formatos MYT y MYTR junto con los soportes en medio impreso o magnético, según la normativa vigente y sus normas modificatorias o reglamentarias.

En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro presentadas.

En caso de presentación de los soportes en medio impreso, las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos físicos.

7.3. ***ETAPA DE PRE-AUDITORÍA:*** el objeto de esta etapa es verificar que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro que superaron las etapas de pre radicación y radicación, la Secretaria de Salud de Santander, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

Se tendrán por no presentadas las solicitudes de recobro que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de cada recobro (Formato MYT), respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT–R).

2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.

3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o del fallo de tutela, según sea el caso.

4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.

5. Ilegibilidad de los soportes del recobro.

6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

En estos casos el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, procederá a:

1. Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro (Formato MYT).

3. Informar a la entidad recobrante, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de pre-auditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

7.4. ***ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL***: el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros y el resultado del proceso de auditoría integral

Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros, se genera el resultado que puede ser aprobado (aprobado total, aprobado con re-liquidación, aprobado parcial) o no aprobado.

**APROBADO**: Cuando alguno(s) de los ítems del recobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría. Este resultado tiene las siguientes variables:

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

**Aprobado con re-liquidación**: cuando el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.

**Aprobado parcial**: cuando se aprueba(n) alguno(s) de los ítem(s) del recobro.

**NO APROBADO:** Cuando los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

## 8. COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA A LAS ENTIDADES RECOBRANTES.

El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro se comunicará por parte de la Secretaria de Salud de Santander, al representante legal de la entidad recobrante, a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante y al domicilio informado por la misma, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. Se conservará copia de la constancia de envío.

**PARÁGRAFO.** A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría.

## 9. TÉRMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.

Con el ánimo de estandarizar esta observación las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro ante la Secretaria de Salud de Santander, dentro del año siguiente a la **generación de la ocurrencia del evento.**

**La Secretaria de Salud de Santander** deberá llevar a cabo las etapas de pre auditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro.

De igual forma, cuando la auditoría integral arroje como resultado la aprobación del recobro. La Secretaria de Salud de Santander relacionara en detalle por factura, a la respectiva administradora de planes de beneficios, la cantidad aprobada para pago del valor recobrado.

## 11. REGLAS PARA DETERMINAR EL VALOR A PAGAR DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS.

Se ratifica nuevamente que todo servicio NO POS facturado, independiente si se trata de un medicamento o procedimiento deberá tener el descuento específico, el valor del medicamento o procedimiento homologado contemplado en el POS, esta observación debe ser definida de manera específica y soportada el comité técnico científico realizado.

La Secretaria de Salud de Santander aplicara las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:

a) Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007, y las demás normas que adicionen o modifiquen.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata et presente literal.

b) Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

**PARÁGRAFO 1.** Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la entidad territorial. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente con cargo a la Unidad de Pago por

**PARÁGRAFO 2.** La diferencia no cubierta por la entidad territorial correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

## 12. UTILIZACIÓN DE FORMATOS DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Se adoptan los formatos de presentación de las solicitudes de recobro relacionados en la resolución 3099 de 2008 y los demás que la normatividad modifique o cambie, dichos formatos deberán presentarse junto con el medio magnético conforme a las especificaciones técnicas respectivas relacionadas en la normatividad vigente o las que adicione o modifiquen.

## 13. RECOBROS A EPS DE SERVICIOS POS PRESTADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

Los servicios que hayan sido prestados a usuarios del régimen subsidiado, por inconsistencias en la base de datos , en el momento de la prestación del servicio; o por orden judicial ; y sean facturados a la Secretaria de Salud de Santander, una vez realizada la auditoría integral respectiva y se identifique que debieron ser con cargo a la entidad administradora de planes de beneficios; nuestra entidad gestionara recobro de estos servicios; y el valor se descontara al valor total de los recobros realizados por las EPS.

En vista de lo anterior previo al pago de todo recobro realizado por las diferentes entidades administradora de plan de beneficios, se exigirá por parte del área contable y financiera de la secretaria de salud de Santander, al área de recobros de la Secretaria de Salud de Santander, un visto bueno donde se identifique, que esta entidad no tiene deuda pendiente y están la totalidad de recobros de servicios pos realizados ya conciliados.

**ARTÍCULO CUARTO:** Todos los servicios **NO POS** solicitados con anterioridad a la fecha de esta Resolución deberán ser gestionados directamente por las entidades administradoras de planes de beneficios amparado en el procedimiento III relacionado en el Numeral primero de esta Resolución con la posterior gestión de trámite de cobro por parte de las EPS.

**ARTÍCULO QUINTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Bucaramanga, a los 19 JUN 2015

**ALIX PORRAS CHACÓN**
Secretaria de Salud de Santander

*Proyectó:* ***AYMER FITZGERALD ALVARADO GUTIÉRREZ*** *– Director de Desarrollo de Servicios*

**EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

**RESOLUCIÓN N°11690 de 2019**
**(abril 2)**

**Por la cual se adopta el procedimiento para prescripción, cobro y pago de servicios, tecnologías y servicios complementarios No financiados en el Plan de Beneficios de Salud, con cargo a la UPC, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento de Santander**

En uso de sus facultades legales y, en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001, las Resoluciones 5395 de 2013, 1479 de 2015 y 2438 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Decreto departamental 007 del 18 de enero de 2016

**CONSIDERANDO:**

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 DE 2008 Distribuyo una serie de Directrices , entre otras , la admisión de la medidas necesarias para la aprobación de los Servicios no incluidos en los Planes de salud –POS.

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 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 dé calidad de la atención y prestación de los servicios y tecnologías en salud.

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 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".

Que el artículo 4° de la Resolución 1479 de 2015, permite a los Entidades Territoriales adoptar uno de los modelos descritos en los capítulos I y II, 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 en el artículo 12 de la resolución 1479 de 2015 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.

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 el 6 de mayo de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1479 de 2015, por la cual se establece el procedimiento para cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios de Salud suministrada a los afiliados al Régimen Subsidiado. ·

Que el artículo 4 de la Resolución 1479 de 2015, indica que se realice la evaluación de la situación en salud; por tal razón una vez realizado el análisis de la situación de salud en el territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras, la Secretaría de Salud del Departamento de Santander expidió la Resolución 12196 de junio de 2015, en la cual establece el procedimiento para garantizar el acceso y cobro efectivo de los servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud, que sean ordenados por los Médicos a la población afiliada al régimen subsidiado y que sean autorizados por CTC así como los ordenados por autoridad judicial de acuerdo con lo descrito en la Resolución.

Que la Secretaria de Salud de Santander mediante el acto administrativo Circular 0013 del 25 de enero de 2016, Estableció el mecanismo de solución transitorio para la autorización de los servicios y tecnologías no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud POS a cargo de Secretaria de Salud Departamental de Santander – Aplicación II Modelo Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015.-

Que la Secretaria de Salud del Departamento de Santander expide la Resolución 019366 el día 27 de octubre de 2016, "Por medio de la cual se adopta el procedimiento para el cobro reconocimiento y pago de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, suministrado a la población pobre no asegurada y a la población asegurada en lo no cubierto por el Pos y se fijan las tarifas correspondientes" y adopta el Modelo II, derogando todas las disposiciones que le sean contrarias.

Que la Secretaria de Salud del Departamento, expide la Resolución 00899 del 1° de febrero de 2017 "Por medio de la cual se establece el Procedimiento para el cobro y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud

y se adopta el Aplicativo de Medicamentos de Homólogos de Medicamentos No Pos.

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 mediante Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de salud y protección social reglamento "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 la Resolución 2438 de 2018 el Ministerio de Salud reguló el procedimiento para que los afiliados al sistema de salud tengan acceso a las prescripciones y suministros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios; Según la reglamentación, corresponde a los profesionales de la salud, prescribir las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por junta de profesionales; 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.

Que el Departamento de Santander – Secretaria de Salud Departamental, en cumplimiento de la Resolución 2438 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud, les

asiste la obligación de garantizar a través de la red de prestadores de las EPS o proveedores concertados previamente entre la EPS y la Secretaria de Salud, 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; también deberán realizar la transcripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela o dispuestos en el MIPRES (herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios).

Que se hace necesario definir el Modelo establecido por el Departamento para el procedimiento de la Secretaria de Salud Departamental de Santander, para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, 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 del Departamento de Santander a través de MIPRES.
En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE**

**ARTICULO 1. Objeto**. La presente Resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de la Secretaria de Salud Departamental de Santander, para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, 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 del Departamento de Santander prescritas a través de la herramienta tecnológica -- MIPRES, por órdenes de fallo de tutela. En relación con los CTC, Los Cuales según La Resolución 2438 de 2018, estuvo vigente hasta el 31 de marzo, pero quedo derogado el título II de la Resolución 5395 de 2015 y por otra parte, en referencia a los términos de Radicación que se hayan prestado con antelación a la activación

de la Herramienta de Prescripción MIPRES del régimen Subsidiado , seguirán según lo establecido en la Circular 071 de 2017, la cual aparece publicada en la página de la **Gobernación de Santander www/Santander.gov.co** y su respectivo pago y adoptado por la entidad territorial **en el modelo establecido en el Título II, Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015.**

**ARTICULO 2**. Para todos los casos, el suministro de servicios y tecnologías No financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado del Departamento de Santander se realizará a través de la Red de las Entidades Promotoras de Salud.

**ARTICULO 3. DEFINICIONES**: Para el efecto de la presente resolución, se tomarán como referentes las siguientes definiciones:

**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.

**Cobro**: Solicitud presentada por una entidad ante la SSS, 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.

**Recobro**: Solicitud presentada por una entidad recobrante ante la SSS 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. Aplica para servicios suministrados por fallos de tutela, Medicamentos vitales no disponibles, aquellos casos en los cuales el prestador exija para la prestación pago anticipado, el cual sea realizado por la entidad recobrante y el pago de servicios de las EPS que no cumplan los tiempos definidos en el presente acto administrativo.

**Entidad Recobrante**: Entidad Promotora de Salud 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 a la SSS, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

**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 5269 de 2017 o la norma que la modifique o adicione.

**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.

**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.

**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.

**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.

**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) 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.

**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.

**Junta de Profesionales en 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.

**Medico (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.

**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.

**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.

**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. Se aplicarán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los determinados por la Secretaria de Salud de Santander (SSS).

**Referente No PBS**: Corresponde a la Tecnología en salud No incluida en el Plan de Beneficios en Salud, para el cual se establece un comparador administrativo.

**Medicamentos vitales No Disponible**: 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 vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o 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.

**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.

**Profesional de la Salud Par**: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Sí 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.

**Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Financiadas con Recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y Servicios Complementarios**: Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la 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.

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

**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.

**Servicios Complementarios**: Servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad comprende:

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

**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

**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.

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

**ARTICULO 4. Responsabilidad de los Actores**: Se aplicará de acuerdo a lo señalado en la Resolución 2438 de 2018, "responsabilidades de los actores del Sistema de Seguridad Social en salud".

**ARTICULO 5. Reporte de prescripción, Juntas de Profesionales de la Salud y Suministros.** La Secretaria de Salud Departamental de Santander adopta lo

establecido en el TITULO 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 6. Transparencia en la Garantía de Suministro de Tecnologías en Salud No Financiadas con recursos de la UPC o servicios Complementarios.** La Secretaria de Salud Departamental de Santander, adopta lo establecido en el Título III de la Resolución 2438 de 2018.

- INTEGRACIÓN DE DATOS AL SISPRO.
- REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN.
- DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN.
- SALIDAS DE INFORMACIÓN A PARTIR DEL REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.
- INDICADORES.
- DESARROLLO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES.
- PROPIEDAD INTELECTUAL.

**ARTÍCULO 7. La Secretaria Departamental de Salud realizará:**

1. Seguimiento integral al proceso de gestión de MIPRES en el suministro efectivo de la tecnología en salud y/o servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado.

2. En conjunto con las EPS se realizará la divulgación de la ruta del suministro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del régimen Subsidiado.

3. Realizará la caracterización mensual de las prescripciones que se generan a través de la plataforma MIPRES en el cual se deberá conocer el comportamiento que ha tenido la formulación.

4. Implementación de controles con el fin de evitar demanda inducida no pertinente y la duplicidad en la entrega.

**ARTICULO 8. Manual de Auditoria**. La Secretaria Departamental de Salud adopta el manual de auditoria el cual hace parte integral del presente acto administrativo, al igual que el listado de glosas aplicables, los cuales serán socializados y publicados en la página web www.cruesantander.com o www.santander.gov.co .

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 04 de 2018 emitida por la Comisión de Nacional de Precios de medicamentos y dispositivos médicos y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

**ARTICULO 9. Presentación de las Solicitudes de Cobro**. Las EPS que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander los documentos que soporten los requisitos exigidos para el cobro así:

1. Factura o documento equivalente diligenciado con base en los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.

2. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS. la factura debe indicar nombre y número de identificación del afiliado.

3. La factura o documento equivalente, será expedido por el prestador del servicio o Tecnología NO PBS, a nombre de la Secretaria de Salud de Santander - Gobernación de Santander NIT

4. La factura o documento equivalente incluirá exclusivamente los servicios o tecnologías no financiados en el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC , a Cobrar a la Secretaria de Salud, discriminados con códigos CUM y CUPS.

5. Para los servicios facturados por paquete se deberá adjuntar detalle de cargos, el cual debe discriminar los servicios del paquete con cantidad y valor, así como, los códigos CUM y CUPS correspondientes a cada uno de los cargos.

6. Evidencia de entrega de acuerdo con el ámbito y teniendo en cuenta lo definido en la Resolución 2438 del 2018 y el manual de auditoria MIPRES.

7. Registro Único de Prestación de Servicios de Salud RIPS, en medio Magnético.

8. Las facturas o documentos equivalentes y sus soportes serán radicadas por la EPS en la oficina de cuentas medicas de la Secretaria de Salud, organizadas por prestador y con base en el Anexo, que hace parte integral de este acto administrativo.

9. El periodo de radicación está comprendido entre el primero y el día Quince de cada mes según se establece en el cronograma de que trata el Anexo de la presente resolución.

10. El Prestador de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS, enviara original del radicado de sus facturas ante la EPS, a la Dirección Administrativa y Financiera de la SSS, como soporte para seguimiento a la gestión de la EPS

11. Certificado emitido por el Revisor Fiscal con su tarjeta profesional y el Representante Legal de la IPS que, de cuenta, sobre la facturación objeto de solicitud de pago, que no ha sido presentada previamente a otro pagador ni ha sido cancelada por otro pagador. (Entidad Territorial, EPS).

**Parágrafo**: Las EPS dispondrán de un (1) mes, a partir de la radicación, por parte de las IPS y/o proveedores, en la respectiva EPS, para radicar en la Secretaria Departamental de Salud, las cuentas recibidas por las diferentes IPS por concepto de tecnologías en salud No Financiadas por 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. Pasado este plazo la EPS responsable, realizará el pago y tramitará la cuenta como recobro.

**ARTICULO 10. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS.** La Secretaria de Salud Departamental de Santander, aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS:

1. Si el precio del servicio o la tecnología no financiadas en el PBS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el Ministerio de salud y protección Social , si los hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.

Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de Homólogos adoptadas por la Secretaria Departamental de Salud o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Articulo; 3 del Decreto 4877 de 2007. Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

**PARÁGRAFO 1**. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la Secretaria Departamental de Salud. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

**PARÁGRAFO 2**. La diferencia no cubierta por la Secretaria Departamental de Salud de Santander correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud correspondiente.

**ARTICULO 11. 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 MIPRES a partir 01 de abril de 2019, 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 La Secretaria de Salud Departamental de Santander que hace parte integral de este Decreto que para tal efecto contara con las siguientes etapas:

**1. Pre radicación**

La etapa de pre radicación tiene por objeto presentar ante la Secretaria de Salud Departamental mediante el aplicativo web dispuesto para tal fin las cuentas medicas correspondientes a las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado entregadas a los usuarios del Departamento de Santander, y así conocer los valores a pagar e identificar la cuenta en su trazabilidad. Como resultado de este proceso se generara un documento con un consecutivo que será necesario para la radicación de las facturas. [10]

La plataforma dispuesta para tal fin estará habilitada a partir del primer día hábil de cada mes hasta el quinto día hábil del mismo mes.

**a. Etapa de Radicación**: Etapa de radicación: El objeto de esta etapa es presentar ante La Secretaria de Salud Departamental de Santander, 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.

**b. 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.

**c. 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. El pago de los valores avalados, se realizará mediante Resolución Motivada, una vez se asignen los recursos según disponibilidad presupuestal; los valores que no se alcancen a pagar en la vigencia se priorizaran para pagos en la siguiente anualidad, tan pronto se tenga disponibilidad presupuestal.

**ARTICULO 12. Financiamiento.** 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, o la que lo adicione 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 la Secretaria de Salud Departamental 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 PBS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás recursos previstos en la normativa vigente para el sector salud.

**ARTICULO 13. Fijación de periodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros.** La Secretaria de Salud Departamental de Santander radicará las cuentas médicas durante los 15 primeros días de cada mes, en caso de considerarlo 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 publicará en la página web www./santander.gov.co para tal efecto. Estos periodos están establecidos en el manual de auditoria que forma parte de este acto administrativo.

**ARTICULO 14. Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.** Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, La Secretaria de Salud Departamental de Santander, 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.

**ARTICULO 15. Exclusiones del sistema de seguridad Social en Salud.** Exclusiones del sistema de seguridad social en salud. La Secretaria de Salud Departamental de Santander no reconocerá las exclusiones que cumplan los criterios determinadas en el artículo 126 de la resolución 5269 del 2017 así.

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.

2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo **154** de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud conforme al artículo 9° de la Ley 1751 de 2015 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.

**ARTICULO 16. Saneamiento de cartera y saneamiento contable.** La Secretaria de Salud Departamental de Santander con la IPS, de manera permanente la depuración del estado de cartera incluyendo glosas, devoluciones y cuentas por pagar con el fin de adelantar el proceso de conciliación con los prestadores de servicios de salud. En concordancia con las instrucciones impartidas por la **circular externa No 002 de 2017**, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo Primero.** La Secretaria de Salud Departamental de Santander, establece un plazo no mayor de 90 Días, 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 MIPRES.

**ARTICULO 18. Vigencia y derogatorias**. El presente Decreto rige a partir del 1 de abril de 2019 y deroga, las normas que le sean contrarias.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

**SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL (E)**
**ALVARO CLAVIJO HERNANDEZ MD**

Proyecto: Victor Guillermo Taboada – MD
Luis Alberto Hernández Jaruffe MD Esp.

Reviso:
Gilma Yaneth alba Guio
Luis Alberto Hernández Jaruffe MD
Alvaro Hernando clavijo hernandez MD
LIDER DE PROGRAMA