

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 1479 DE 2015****6 MAY 2015**

Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, las que le confieren los artículos 173 de la Ley 100 de 1993 y 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO:

Que las entidades territoriales de conformidad con la Ley 715 de 2001, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad.

Que las Entidades Promotoras de Salud son responsables de los contenidos y coberturas del Plan Obligatorio de Salud para la población afiliada al Régimen Subsidiado, así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.

Que de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 y, en especial, el Auto 263 de 2012, este Ministerio debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

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

Que la Política Farmacéutica definida en el CONPES 155 de 2012, establece dentro de los instrumentos para la regulación de precios de medicamentos y monitoreo del mercado, la promoción de negociaciones centralizadas de precios, dirigidas al desarrollo e implementación de programas especiales de acceso a medicamentos, en especial aquellos de alto costo y baja prevalencia.

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

Que en mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

RESUELVE:

**TÍTULO I
ASPECTOS GENERALES**

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud - POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnico Científicos -CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a los Departamentos y Distritos, a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

Artículo 3. Financiación de la atención de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, se financiarán por las entidades territoriales con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones - Sector Salud - Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos del esfuerzo propio territorial destinados a la financiación del NO POS de los afiliados a dicho régimen, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás recursos previstos en la normativa vigente para el sector salud.

Parágrafo. Los pagos correspondientes se realizarán de conformidad con los procedimientos presupuestales a que haya lugar.

**TÍTULO II
GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO
CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

Artículo 4. Evaluación de la situación en salud. El Departamento o Distrito, analizará la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras y con base en estas, adoptará uno de los dos modelos establecidos en los Capítulos I y II del presente título para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado o, de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos en el presente título, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

Artículo 5. Comités Técnico Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de la EPS, conformado de acuerdo a lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013, en el cual podrá participar un representante de la

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

entidad territorial, con voz y sin voto en las decisiones. Esta participación se ejercerá sin perjuicio de la responsabilidad que tienen las entidades territoriales en los procesos de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.

CAPÍTULO I
GARANTÍA DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, CENTRALIZADA EN LA ENTIDAD TERRITORIAL

Artículo 6. *Organización de la red para la garantía de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.* El Departamento o Distrito que adopte el modelo de garantía de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS centralizado, deberá:

- a. Definir el listado de prestadores de servicios de salud a través de los cuales se brindarán los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado.
- b. Informar a los usuarios y a las EPS que operan en su territorio, la red de prestadores definida para garantizar los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.
- c. Publicar el listado de prestadores de servicios de salud en la página web de la respectiva entidad territorial, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución, el cual debe permanecer actualizado.

Parágrafo. La prestación de estos servicios y tecnologías se hará a través de las Empresas Sociales del Estado – ESE que se encuentren habilitadas, salvo que la oferta de servicios requerida no exista o sea insuficiente en el municipio o su área de influencia, caso en el cual, previa autorización de este Ministerio, la entidad territorial podrá incluir dentro del listado seleccionado otros prestadores de servicios de salud habilitados, de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 7. *Atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.* La atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS se prestará de la siguiente manera:

1. Si se trata de un servicio o tecnología sin cobertura en el POS requerido en la atención inicial de urgencias o atención de urgencias o en el transcurso de una hospitalización, el prestador de servicios de salud que esté atendiendo al afiliado deberá proceder de la siguiente manera:
 - a) Si tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS con la entidad territorial responsable del pago, deberá prestarla previa autorización del CTC, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial, y gestionar su pago ante la entidad territorial, en los términos y condiciones previstos en el contrato de prestación de servicios y tecnologías NO POS y en el Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo sustituyan o modifiquen. Cuando se trate de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el parágrafo del referido artículo 10.

21

21

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

- b) Si no tiene contratado el servicio o tecnología sin cobertura en el POS con la entidad territorial, se seguirá el siguiente procedimiento:
- (i) Si la IPS tiene el servicio habilitado, deberá prestarlo previa autorización del CTC en los términos del artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 u orden de autoridad judicial. Cuando se trate de una urgencia manifiesta, la autorización del CTC será posterior, según lo establecido en el párrafo del referido artículo 10.

Para el pago del o los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, la IPS presentará la solicitud directamente a la entidad territorial.

- (ii) Si la IPS no tiene el servicio habilitado, deberá consultar el listado de Prestadores de Servicios de Salud publicado por la entidad territorial y a través del sistema de referencia y contra referencia, remitirá el paciente al prestador de servicios de salud de ese listado, que tenga habilitado el servicio o tecnología. Si dentro del listado de prestadores de servicios de salud, no existe uno habilitado para suministrarlo, la EPS deberá elegir dentro de su propia red el prestador de servicios de salud que lo brindará.

El prestador de servicios de salud receptor del usuario, solicitará la autorización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS al CTC de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 y elevará la solicitud de pago directamente ante la entidad territorial. La autorización deberá realizarse con la debida oportunidad de tal forma que se garantice el acceso oportuno al usuario de los servicios de salud.

2. Para los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS requeridos en las demás situaciones, dentro de los dos días siguientes a la autorización por el CTC del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, la Entidad Promotora de Salud solicitará a la Entidad Territorial que indique el prestador de servicios de salud que brindará el servicio. La entidad territorial dará respuesta a dicha solicitud oportunamente. Si transcurridos cinco (5) días desde la solicitud, la entidad territorial no ha dado respuesta al requerimiento, la Entidad Promotora de Salud deberá elegir, dentro del listado publicado por la entidad territorial, el prestador de servicios de salud que brindará el servicio o tecnología correspondiente, de lo cual informará oportunamente al usuario.

Parágrafo. Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control de que trata el Título III de la presente resolución, serán pagados directamente por la entidad territorial al Prestador de Servicios de Salud, previa presentación de solicitud de cobro.

Artículo 8. *Negociación y compra centralizada de servicio y tecnologías sin cobertura en el POS.* Los Departamentos y Distritos, con base en el diagnóstico sobre la situación de salud en sus territorios, podrán mantener o implementar esquemas de negociación y compra centralizada de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, siempre y cuando:

44 (18)

APRILE C/15

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

- i) Exista un concepto técnico – médico que soporte la conveniencia de adelantar dicho esquema para el tratamiento continuo de enfermedades crónicas o degenerativas, de alto costo o huérfanas de un determinado grupo de usuarios.
- ii) La entidad territorial asegure el correcto funcionamiento y control del esquema de compra centralizada, distribución de las tecnologías, seguridad en su administración y manejo de la información.
- iii) La entidad territorial tenga evidencia de que el esquema de compra centralizada disminuye los costos que debe pagar por dichos servicios o tecnologías.
- iv) La escogencia del proveedor se haga a través de un proceso de selección objetiva.

Parágrafo. Cuando la entidad territorial opte por la negociación centralizada de servicios y tecnologías, su suministro estará sujeto a la aprobación por parte del Comité Técnico Científico, de acuerdo con el procedimiento establecido en el presente capítulo.

CAPÍTULO II

GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD A TRAVÉS DE LAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE TIENEN AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

Artículo 9. *Garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.* Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud deberán garantizarles 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, para lo cual, dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la autorización emitida por el CTC, definirán el prestador de servicios de salud que brindará dichos servicios, de acuerdo con su red contratada.

Artículo 10. *Presentación de las solicitudes de cobro.* Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la presente resolución, así como aquellos requeridos por la entidad territorial en el acto administrativo en el que se establezca el procedimiento de verificación y control.

La factura de servicios o documento equivalente se presentará a la entidad territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al Prestador de Servicios de Salud y deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013, con excepción del previsto en el numeral 6.

Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control de que trata el título III de la presente resolución, serán pagados directamente por la entidad territorial al Prestador de Servicios de Salud que los haya suministrado.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

TÍTULO III PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS

Artículo 11. *Requisitos generales para la verificación y control de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.* Los Departamentos o Distritos deberán establecer, mediante acto administrativo, un procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con el mecanismo adoptado, que indique los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar en el que tales solicitudes deben ser presentadas, los términos que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría correspondiente y los demás elementos necesarios que le permitan establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías cobrados.

El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.
2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.
3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.
5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.
8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la presente resolución y demás normas vigentes.

Parágrafo. Los Departamentos o Distritos podrán adoptar el manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo, expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, para el pago de las solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA o adaptarlo a los procedimientos que integran el proceso de verificación y control consagrado en el acto administrativo que para el efecto expida la entidad territorial. En cualquier caso, el manual de auditoría deberá ser socializado con las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud que pertenezcan a la red de prestadores definida por la entidad territorial.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

Artículo 12. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Las entidades territoriales deberán aplicar 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.

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.

- 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 y Artículo 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 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 Capitación.

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.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, publicará en su página web el listado de comparadores administrativos adoptados y prestará, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, la asistencia técnica para su aplicación.

Artículo 13. Pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. En cualquiera de los modelos previstos en este acto administrativo, las entidades territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

salud el valor de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que hayan superado el procedimiento de verificación y control.

Así mismo, podrán establecer mecanismos que permitan la realización de pagos previos al proceso de verificación y control, para lo cual podrán adoptar la metodología establecida en el artículo 37 de la Resolución 5395 de 2013.

Parágrafo transitorio. Los Departamentos y Distritos podrán girar directamente a los Prestadores de Servicios de Salud los montos que hayan sido aprobados como resultado del proceso de verificación y control, de aquellas solicitudes de pago radicadas con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, para lo cual, la entidad territorial deberá definir el procedimiento correspondiente y obtener la autorización de la EPS.

Artículo 14. Determinación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Para determinar si el servicio o la tecnología suministrada al afiliado se encuentra o no cubierto en el POS, los Comités Técnico Científicos y las entidades territoriales deberán:

- a. Aplicar los acuerdos, resoluciones y demás actos administrativos que establecen o precisan los contenidos del POS y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
- b. Aplicar los criterios establecidos por el *Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No POS* del Ministerio de Salud y Protección Social, creado por el artículo 44 de la Resolución 5395 de 2013, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio.
- c. Aplicar los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La Dirección publicará en la página web del Ministerio las preguntas frecuentes y conceptos.

TÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES

Artículo 15. Transitorio. Aquellos servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que a la entrada en vigencia de la presente resolución, hayan sido autorizadas por la EPS en una red distinta a la definida por la entidad territorial departamental o distrital, podrán continuar garantizándose por la EPS en la red que esta gestione, con el fin de dar continuidad a la prestación del servicio, garantizando la respectiva coordinación con la entidad territorial responsable del pago.

Artículo 16. Reporte de información por parte de las entidades territoriales. Los departamentos y distritos reportarán semestralmente la información de las tecnologías sin cobertura en el POS radicadas en la entidad por los Prestadores de Servicios de Salud o las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, a través de la Plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico de la presente resolución.

10

10/11/15

- 6 MAY 2015

RESOLUCIÓN NÚMERO 00001479 DE 2015 HOJA No 9

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

Los semestres y fecha de presentación de la información, serán los siguientes:

Semestre	
Enero- Junio	A más tardar el 31 de julio
Julio- Diciembre	A más tardar el 31 de enero

Las entidades territoriales que participen en el flujo y consolidación de información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, la Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan.

Artículo 17. Saneamiento contable. Las entidades territoriales, los Prestadores de Servicios de Salud y las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, una vez recibidos o realizados los pagos o giros correspondientes, deberán reflejarlos en su contabilidad de acuerdo con su naturaleza y los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

Artículo 18. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en la presente resolución y, en caso de incumplimiento, realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 19. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 5073 de 2013.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., - 6 MAY 2015


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

q (R)

aru Cmp/af

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

ANEXO TÉCNICO

Las entidades territoriales enviarán al Ministerio de Salud y Protección Social, los archivos planos con información de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizadas por los CTC de la EPS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al departamento o distrito

Para este anexo técnico se definen tres capítulos:

Capítulo 1. Estructura y especificaciones de los archivos

Capítulo 2. Características de los archivos planos.

Capítulo 3. Plataforma para el envío de archivos.

CAPITULO 1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIONES DE LOS ARCHIVOS

1.1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.

El nombre de los archivos que deben ser enviados por las entidades territoriales con información de los servicios y las tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al departamento o distrito, debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	TEC	Identificador del módulo de información: servicios y tecnologías sin cobertura en el POS	3	SI
Tipo de Fuente	120	Fuente de la Información – Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital	3	SI
Tema de información	NPOS	Reporte de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPS en la cual se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al Departamento o Distrito	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último	8	SI

4 (R)

BRU

MB

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
		día calendario del período de información reportada. Ejemplo: 20150630 No se debe utilizar ningún tipo de separador.		
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: DE: Departamento DI: Distrito	2	SI
Número de identificación de la entidad reportadora	XXXXXXXXXXXX	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. De acuerdo al tipo de identificación del campo anterior. Si es DE en este campo va el código del departamento. Ejemplo 000000000025 Si es DI en este campo va el código del Distrito. Ejemplo 000000011001	12	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

NOMBRES DE ARCHIVOS

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado	TEC120NPOSAAAAMDDDExxxxxxxxxxxx.txt TEC120NPOSAAAAMDDDIxxxxxxxxxxxx.txt	36

1.2 ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.

El archivo de la información de este Anexo Técnico está compuesto por dos tipos de registro, un único registro de control y varios registros de detalle:

Registro	Descripción	Requerido
Tipo 1	Registros de Control: Utilizado para identificar la entidad fuente de la información.	SI
Tipo 2	Registros de Detalle: contienen la información de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPS en la cual se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al departamento o distrito	SI

AP

000000011001

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por coma (.).

1.2.1 REGISTRO TIPO 1 – REGISTRO DE CONTROL

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	SI
1	Tipo de Identificación de la entidad que reporta	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: DE: Departamento DI: Distrito	SI
2	Número de identificación de la entidad que reporta	5	N	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. De acuerdo al tipo de identificación del campo anterior. Si es DE en este campo va el código del departamento. Ejemplo 25 Si es DI en este campo va el código del Distrito. Ejemplo 11001	SI
3	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada. Ejemplo: 2015-01-01	SI
4	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder final del periodo de información reportada y debe corresponder a la fecha de corte del nombre del archivo. Ejemplo: 2015-06-30	SI
5	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Debe corresponder a la cantidad de registros tipo 2, contenidos en el archivo.	SI

1.2.2 REGISTRO TIPO 2 – REGISTRO DE DETALLE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS

Mediante el Registro Tipo 2, la ET reporta a nivel de detalle los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SI
DATOS DEL AFILIADO					
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	MS. Menor sin Identificar RC: Registro Civil TI : Tarjeta de Identidad AS: Adulto sin Identificar CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte	SI
3	Número de Identificación del afiliado	17	N	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
4	Primer Apellido	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad, cuando aplique	SI
5	Segundo Apellido	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad, cuando aplique	NO
6	Primer Nombre	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad, cuando aplique	SI
7	Segundo Nombre	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad, cuando aplique	NO
DETALLE DE LA IPS / EPS					
8	Tipo identificación de la IPS / EPS que radica la factura o recobro.	2	A	NI: NIT. Tipo de identificación de la IPS/ EPS que radica la factura o recobro. Para todos los casos el tipo de identificación es NI (NIT).	SI
9	Número identificación de la IPS / EPS que radica la factura o recobro.	12	N	Este campo contiene el número de NIT de la entidad sin dígito de verificación.	SI
10	Razón Social de la IPS / Razón Social de la EP que radica la factura o recobro.	250	A	Corresponde a la razón social de la IPS a la cual corresponde la factura o la EPS cuando se trate de un recobro.	SI
DETALLE DEL COBRO O RECOBRO					
11	Origen del cobro ó recobro	3	A	CTC: Comité Técnico Científico TUT: Tutela	
12	Prefijó de la factura / recobro	6	A	Prefijó de la factura / recobro, en caso de no tener prefijo, dejar en blanco	NO
13	Número de la factura / Número de recobro	20	N	Numero de la factura de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas.	SI
14	Fecha de emisión de la factura / recobro	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Fecha en la cual se emitió la factura por parte de la IPS ó el recobro por parte de la EPS	SI

(P)

2015 05 13

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
15	Fecha de prestación del servicio o tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada	10	F	De acuerdo con lo informado por la IPS, formato AAAA-MM-DD	SI
16	Fecha de radicación de la factura por parte de la IPS/EPS ante la Entidad Territorial	10	F	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato AAAA-MM-DD	SI
17	Código del diagnóstico	4	A	Código del diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigentes. CIE-10	SI
18	Tipo de servicio o tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada.	2	A	MD: Medicamento. PD: Procedimiento IN: Insumos y Dispositivos Médicos OS: Otros Servicios	SI
19	Código del servicio o tecnología sin cobertura en el POS suministrada o prestada.	23	A	Medicamento: Registre el código CUM asignado por INVIMA, si el medicamento no tiene CUM – Registre "1". Procedimiento: Registre el código CUPS, si no existe CUPS – Registre "2". Insumos y Dispositivos Médicos: Registre "3" Otros Servicios: Registre "4"	SI
20	Nombre de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministradas o prestadas	300	A	Nombre del Medicamento: Correspondiente a la variable producto de la tabla CUM del INVIMA. Nombre del Medicamento no incluidos en el código CUM: Según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Nombre de procedimientos código CUPS: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan. Nombre de procedimientos no incluidos en el código CUPS: Según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Nombre de Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: Según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio.	SI
21	Cantidad	4	N	Cantidad total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud.	SI
22	Valor Unitario	15	D	Valor Unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud. Se permiten dos cifras decimales (2) y el separador de decimales es el punto	SI

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
22	Valor Total	15	D	Valor Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud. Se permiten dos cifras decimales (2) y el separador de decimales es el punto	SI
23	Mecanismo con el que se calcula el valor de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados o prestados.	2	A	CA: Comparador Administrativo TR: tarifa de referencia de la Entidad Territorial	SI

CAPITULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico N-Numérico D-decimal F-Fecha
- Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- El separador de campos debe ser coma (,) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial coma (,).
- Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos comas, por ejemplo si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1,,dato3
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial.
- Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.
- Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guión, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios.
- Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser reemplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero.

91

CRB

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

- l. Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro
- m. Los archivos deben estar firmados digitalmente.

CAPITULO 3. PLATAFORMA PARA EL ENVIO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal del SISPRO.

- Registrar entidad:

<http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Entidades/RegistrarEntidad.aspx>

- Registrar solicitud de usuario:

<http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

Control de calidad de los datos.

La Plataforma PISIS recibe los archivos conformados según la estructura del presente Anexo Técnico determinado en este acto administrativo y realiza el proceso de validación, así:

- **Primera validación:** corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.
- **Segunda validación:** Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.

Tratamiento de la información.

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013, Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

Seguridad de la información.

Para garantizar la seguridad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la autoridad competente.

ad
R

STW
CMB

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado de Salud"

Mesa de ayuda.

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace:

http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayudas.aspx

4 (P)

3044 cm 24