

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO</p> <p>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>Requisitos para la radicación de solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud Documento no Controlado</p>	<p>Elaborado por: Ana Josefa Rodríguez Adriana Ramírez Martín Santiago Romero Carlos Malaver Revisado por: Gloria Inés Pedraza Plazas Alba García Rincón Aprobado por: Guillermo Leonardo Sánchez Ballesteros</p> <p>Control Documental – SIG-</p>	
--	--	--	---

i

ANEXO 1

REQUISITOS PARA LA RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE PAGO POR CONCEPTO DE SERVICIOS Y/O TECNOLOGÍAS EN SALUD, SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Con el propósito de facilitar el procedimiento de auditoría interna sobre las solicitudes de pago de servicios y tecnologías en salud, sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital, autorizadas por el Comité Técnico Científico o por autoridad judicial, se relacionan a continuación los requisitos generales para su presentación que comprende los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar de presentación, de la siguiente manera:

1. SOPORTES QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD.

1.1. CREACIÓN DE TERCEROS.

En el evento en que la solicitud de pago se realice por primera vez por parte de la IPS ante la Secretaría Distrital de Salud, SDS, o que la IPS registre alguna modificación de su Representación Legal, entregar con oficio remisorio dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento los

siguientes documentos debidamente actualizados, con el objeto de registrar al beneficiario del pago:

- RUT.
- RIT.
- Cámara de Comercio.
- Formato de información a terceros, firmado. Anexo.
- Certificado de cuenta bancaria.

En los casos de IPS con UNION TEMPORAL:

- Acta de constitución de la Unión Temporal que identifique el porcentaje de participación de los socios.
- RUT.
- Formato de información a terceros persona jurídica, firmado por el Representante legal, Anexo.

Para cada uno de los Socios de la Unión Temporal

- RUT actualizado
- Formato terceros persona jurídica, firmado por el Representante legal
- Cámara de Comercio.

1.2. COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC).

Entregar con oficio remisario dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, la certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico (CTC) de la EPS, vigente, registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud

El mismo documento debe entregarse oportunamente en los eventos de modificación del CTC.

1.3. REPORTE DE MEDICAMENTOS AL SISMED.

Entregar de manera trimestral con oficio remisario dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, la evidencia de validación del reporte de información sobre los medicamentos al SISMED, conforme con lo establecido en la normatividad legal vigente.

1.4. SOLICITUD DE PAGO.

Mediante oficio remitario, firmado por el Representante Legal de la EPS o a quien este delegue, dirigido a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento, la EPS debe presentar - organizado y foliado por IPS -, los siguientes documentos:

- a. Factura de venta, en original y dos copias. La factura debe cumplir con lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

Esta factura debe contener el detalle de la prestación de los servicios y/o tecnologías en salud, sin cobertura en el plan obligatorio de salud por usuario.

La factura debe identificar como pagador el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD con NIT 800.246.953-2.

- b. Evidencia del cargue de los RIPS en la plataforma establecida por la Dirección de Planeación Sectorial - Grupo de información de la SDS.

Para cargar la información, contactarse con el número telefónico 3649090 Ext. 9667, o a los correos electrónicos jfbautista@saludcapital.gov.co, SVArevalo@saludcapital.gov.co

- c. Acta del Comité Técnico Científico (CTC) en medio físico y digital en formato PDF (si aplica).
- d. Copia legible del fallo de tutela en medio físico y digital en formato PDF (si aplica).
- e. Soportes médico-asistenciales que justifiquen la pertinencia y la prestación del servicio o tecnología NO POS prestada.
- f. Factura de compra de insumo suministrada por el proveedor de tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS)

- g. Factura de compra de medicamentos suministrada por el proveedor o IPS de tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), en los eventos en que la IPS o el proveedor no se acoja al listado de tarifas de la SDS y del SISMED.
 - h. En los casos de Conjunto Integral de Servicios (paquete), no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), detallar su contenido por servicios y tecnologías de forma individual y las cantidades incluidos en éste.
 - i. Acta del Comité de Farmacia y Terapéutica de la IPS, de los medicamentos sin indicación registrada en el INVIMA para la patología o grupo etario.
 - j. Evidencia de la entrega del medicamento, insumo o la prestación efectiva del servicio en salud al usuario, objeto de la autorización por CTC o Fallos de Tutela.
 - k. Soporte de la autorización de Servicios o Tecnologías no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS) por Comité Técnico Científico (CTC), o por fallo judicial expedida por la EPS.
 - l. Certificado emitido por el Revisor Fiscal 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. (FOSYGA, Entidad Territorial, EPS).
 - m. Formato Anexo 3 A - Relación de los datos básicos para el pago de cuentas autorizadas por Fallos de Tutela Cod.SDS-ASS-FT045, diligenciado en medio magnético. (Si aplica).
 - n. Formato Anexo 3 B - Relación de los datos básicos para el pago de cuentas autorizadas por el Comité Técnico Científico CTC Cod. SDS-ASS-FT046, diligenciado en medio magnético. (Si aplica).
2. PERIODO DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO.

Las solicitudes de pago se recibirán en la SDS durante los primeros 15 días calendario de cada mes, conforme con el cronograma que se publicará en la página WEB de la SDS, con base en las solicitudes recibidas en el teléfono 3649090, ext. 9487 o en el correo electrónico ajrodriguez@saludcapital.gov.co.

3. LUGAR DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO.

Las solicitudes de pago serán recibidas en la Subdirección de Garantía del Aseguramiento cuentas médicas de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de la Secretaria Distrital de Salud.

ⁱ Documento no controlado por periodo de vigencia de la Resolución Distrital 1016 de 2015.