

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN No. 2972 de 2015

Por medio de la cual se establece el procedimiento de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, para el cobro y pago de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud.

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE ATLÁNTICO, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por la ley 715 de 2001, Resolución 1479 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, distribuyó una serie de directrices, entre otras, la admisión de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud – P.O.S.

Que de acuerdo con 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 subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado de su jurisdicción en lo no cubierto por el P.O.S.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No. 1479 del 06 de mayo de 2015 "Por la cual 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 Subsidiados", la cual debe ser adoptada conforme las necesidades de su población.

Que el artículo 4º de la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, permite a los departamentos acorde con el análisis de la situación en salud actual de su población, las capacidades técnicas, operativas y financieras adoptar uno de los modelos establecidos en los capítulos I y II de la norma en mención.

Que independientemente del modelo a seguir, la Secretaría de Salud del Atlántico seguirá aplicando la Resolución 5395 de 2013 y la Resolución 1479 de 2015, en cuanto a la definición de los documentos soportes para el posterior pago a las IPS por parte de la entidad territorial.

Que en merito a lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar para el Departamento del Atlántico - Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, el modelo establecido en el Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015.

PARAGRAFO. Se establece como fecha para iniciar facturación a nombre de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, 15 de junio de 2015.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCION No. 2972 de 2.015

Por medio de la cual se establece el procedimiento de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, para el cobro y pago de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud.

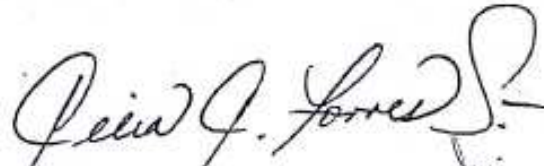
ARTICULO SEGUNDO: Las IPS facturarán a nombre de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico todos los servicios No P.O.S., pero será la E.P.S. quien presente las facturas a ésta Secretaría con los soportes, C.T.C., fallos y demás documentos definidos en la Resolución 5395 de 2013.

PARAGRAFO: Hace parte de la presente, el anexo técnico contenido en la Resolución 1479/15 que se denominará anexo técnico No 01. Así mismo, para efectos de establecer el procedimiento de pago y auditoria la Secretaria elaborará anexo técnico No. 02 el cual hará parte integral de la presente.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Barranquilla, Atlántico, a los 03 días del mes de junio de 2015.



CELIA CRUZ TORRES SUAREZ
Secretaria de Salud Del Departamento del Atlántico

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL**RESOLUCION No. 3049 de junio 11 de 2.015**

Por medio de la cual se modifica la Resolución No 2972 de 2.015 mediante la cual se establece el procedimiento de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, para el cobro y pago de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud.

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE ATLÁNTICO, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por la ley 715 de 2001, Resolución 1479 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, distribuyó una serie de directrices, entre otras, la admisión de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud-P.O.S.

Que de acuerdo con 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 subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado de su jurisdicción en lo no cubierto por el P.O.S.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No. 1479 del 06 de mayo de 2015 *"Por la cual 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 Subsidiados"*, la cual debe ser adoptada conforme las necesidades de su población.

Que el artículo 4º de la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, permite a los departamentos acorde con el análisis de la situación en salud actual de su población, las capacidades técnicas, operativas y financieras adoptar uno de los modelos establecidos en los capítulos I y II de la norma en mención.

Que independientemente del modelo a seguir, la Secretaría de Salud del Atlántico estableció que seguirá aplicando la Resolución 5395 de 2013 y la Resolución 1479 de 2015, en cuanto a la definición de los documentos soportes para el posterior pago a las IPS por parte de la entidad territorial.

Que no obstante la obligación para las entidades territoriales de adoptar un modelo de los contenidos en la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2.014, acude la necesidad de conciliar criterios técnicos y legales con las EAPB en la operativización de la facturación por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS.

Que en merito a lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Modificar el párrafo del artículo primero de la Resolución 2972 de 2.015 emanada de la Secretaría de Salud, la cual quedara así: PARAGRAFO. Se establece como fecha para iniciar facturación a nombre de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico 01 de septiembre de 2.015.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

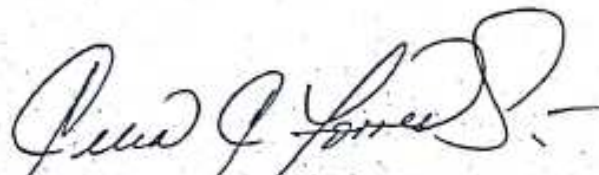
RESOLUCION No. 3049 de junio 11 de 2015

Por medio de la cual se modifica la Resolución No 2972 de 2.015 mediante la cual se establece el procedimiento de la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico, para el cobro y pago de Servicios y Tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTICULO SEGUNDO: Modificar el artículo segundo de la Resolución 2972 de 2.015 emanada de la Secretaria de Salud, la cual quedara así: **ARTICULO SEGUNDO:** Las facturas que por concepto de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, se expidan, deberán acompañarse con los soportes, C.T.C., fallos y demás documentos definidos en el anexo No 02 .

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Barranquilla, Atlántico, a los 11 días del mes de junio de 2015.



CELIA CRUZ TORRES SUAREZ
Secretaria de Salud Del Departamento del Atlántico

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍA SIN COBERTURA EN EL POS

Teniendo en cuenta aspectos normativos estipulados en la **Resolución 5395** del 2013, y los requisitos del **Capítulo II** de la **Resolución 1479** de 2015, la Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico, determina el siguiente procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnología sin cobertura en el POS:

APECTOS GENERALES:

La EPS enviará semanalmente, a través del correo electrónico establecido para este proceso, relación de pacientes críticos que se le estén suministrando tecnología no pos de acuerdo al formato establecido y que hace parte de este documento.

Las facturas generadas por el proveedor deben cumplir con los siguientes aspectos, además de lo establecido en el código de comercio:

- Debe ser dirigida a la Secretaria de Salud Departamental del Atlántico.
- Los soportes y documentos deben ser individuales por cada factura.
- Solo debe facturar a cargo de la Secretaria de Salud Departamental los valores a cancelar por esta entidad habiéndose descontado los valores establecidos así:
 - Para los medicamentos: homólogos pos y comparadores administrativos.
 - Para Procedimientos: procedimientos homólogos pos
 - Para procedimientos de salud incluidos en el pos realizados bajo diferentes tecnologías y/o vía quirúrgica se pagará la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluida en el pos que será liquidada con tarifas soat vigente. Para estos casos debe soportarse el detalle de la liquidación de los procedimientos expresados por cada concepto (honorarios cirujano, anestesiólogo, ayudantía, derecho de sala y materiales), de acuerdo al grupo quirúrgico correspondiente.
- En los casos donde la facturación de los servicios y/o tecnologías no cubiertas por el pos, implique descuentos antes señalados, debe anexarse copia de la factura con cargo a la EPS.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

- Se debe descontar el copago que aplique de acuerdo a la normatividad vigente para el régimen subsidiado, a los servicios y tecnologías no cubiertos por el pos.

REQUISITOS GENERALES PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS COBROS. Las entidades recobrantes deberán anexar a cada solicitud de cobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cada cobro (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
4. Copia de la factura generada por descuentos: Homólogos Pos (medicamentos y procedimientos), comparador administrativo, etc.
5. Para la entrega de medicamentos debe diligenciarse el formato de constancia de entrega de medicamento diseñado para tal fin y que hace parte de este documento.

DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE COBRO ORIGINADAS EN ACTAS DE COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO (CTC).

Cuando se trate de cobros originados en actas de Comité Técnico-Científico (CTC) donde se autorice el suministro de tecnologías en salud NO POS, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. Copia del **acta del Comité Técnico-Científico (CTC)** en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, el cual deberá contener la siguiente información:

1.1 Fecha de elaboración y número de acta. Debe elaborarse un acta del CTC por cada tecnología NO POS aprobada. En caso que en una sola acta de CTC se aprueben varias tecnologías NO POS, debe registrarse un número consecutivo para cada solicitud aprobada.

1.2 Nombre o tipo y número de identificación del usuario.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

1.3 Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades –CIE 10 y análisis del caso objeto de estudio. En el acta del Comité Técnico-Científico (CTC) deberá señalarse de forma expresa el cumplimiento de los criterios para la aprobación de las tecnologías en salud no POS, previstos en el Artículo 9° de la Resolución 5395 de 2013, en términos de justificación médica para el uso de la tecnología no POS, especial anotación referente al aspecto de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas.-

1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico tratante, el número del registro médico y su especialidad, si la tuviere. Se debe indicar de forma expresa si el suministro de la tecnología en salud NO POS se efectuó en una urgencia manifiesta.

1.5 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un **medicamento**:

1.5.1 Nombre del medicamento en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.

1.5.2 Identificación del medicamento o de los **medicamentos incluidos** en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidad equivalente al medicamento. En caso de existir un homólogo POS, debe anotarse en el acta de CTC y formato MYT de factura.

1.5.3 Si el medicamento recobrado tiene un **comparador administrativo**, este debe identificarse en el acta, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, indicando el

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada. En caso de existir un comparador administrativo, debe anotarse en el acta de CTC y formato MYT de factura.

1.6 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un **Procedimiento**:

1.6.1 El código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) correspondiente al procedimiento recobrado, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

1.6.1.1 Si se trata de un procedimiento único o sucesivo, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

1.6.1.2 Tratándose de un procedimiento único pero que debe ser repetido, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como el motivo, es decir, las razones por las cuales se requiere nueva evaluación (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

1.6.2 Identificación del 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, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan de Beneficios 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.

1.6.3 Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS) correspondiente en cualquier caso

1.7 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un **dispositivo** médico, se deberá informar el procedimiento en el cual fue utilizado con la Clasificación Única de Procedimientos (CUPS).

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TÉCNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

1.8 Certificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución.

1.9 Manifestación de la decisión adoptada por el Comité Técnico-Científico (CTC) frente a la autorización de la tecnología en salud NO POS, indicando la justificación técnica y normativa que la soporta.

1.10 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico (CTC), indicando el número del registro médico de cada uno de ellos.

El tiempo de solicitud y aprobación del acta de CTC de tecnologías **ambulatorias** estaría acorde a lo establecido en la Resolución 5395 de 2013. **Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia manifiesta o en un servicio de hospitalización:** la autorización del CTC puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como **máximo veinte (20) días** hábiles después de la fecha de egreso del paciente.

2. Copia de la **orden y/o fórmula médica**, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Copia de justificación para solicitud de CTC, donde se incluyan como mínimo los siguientes datos: Nombre e identificación del paciente, edad, sexo, dirección, tipo de solicitud (ambulatoria – hospitalaria), Diagnóstico CIE 10, Descripción del caso clínico, justificación de la prescripción del servicio y/o tecnologías no cubiertas por el POS, nombre del servicio y/o tecnologías no cubiertas por el POS, información sobre el servicio y o tecnología no POS (Principio activo, forma farmacéutica, concentración, vía de administración, dosis, cantidad solicitada por mes, tiempo de tratamiento en días, registro INVIMA, procedimiento solicitado, cantidad, frecuencia, etc.) tecnología pos utilizada, tiempo y dosis, nombre de tecnología no pos homologa, nombre completo del médico tratante, cédula, registro, especialidad, número de celular y firma

4. **Evidencia de la entrega** de la tecnología No cubierta por el POS, así:

4.1 Cuando la tecnología NO POS autorizada sea de tipo **ambulatorio**: nombres y apellidos del usuario, su firma y número de identificación y/o representante, responsable o

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

acudiente como constancia de recibido. Debe anexarse copia diligenciada del formato diseñado por el ente territorial para tal efecto (**Anexo 1**), el cual debe contener datos actualizados del usuario, referente a dirección, municipio de residencia, teléfonos fijos y/o celulares, nombre del prestador o proveedor. Debe especificarse el nombre genérico del medicamento, su nombre comercial y el laboratorio farmacéutico (para los medicamentos genéricos), su presentación comercial y unidades entregadas. El afiliado o acudiente debe firmar un recibido a conformidad, teniendo en cuenta el consecutivo de entrega de medicamentos, para el caso de pacientes con tratamientos prolongados y/o crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, con períodos de autorización superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Para pacientes no crónicos con suministro menor a tres (3) meses, también el afiliado o acudiente debe firmar el recibido a satisfacción, en el formato diseñado por el ente territorial.

También es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro de la tecnología NO POS:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
- c) En caso de prestación de tecnologías NO POS cuando el usuario se encuentra en atención domiciliaria: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
- d) En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- e) Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

4.2 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en **atención inicial de urgencias**: Copia del informe de atención inicial de urgencias, orden médica de la solicitud, y soporte de aplicación.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes:

a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

b) En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.

4.3 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en **atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria**: Copia de la epicrisis, o de la historia clínica, ordenes médicas de la solicitud, y hoja de suministro de medicamento. Se acepta la presentación de los siguientes soportes:

a) Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio

b) En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

Todos los soportes de órdenes médicas, hojas de aplicación de medicamentos, epicrisis, copia de historias clínicas, y evidencias de entrega de tecnologías NO cubiertas por el POS, deben anexarse sin tachones o enmendaduras.

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE COBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA. Cuando se trate de cobros originados en fallos de tutela, las entidades recobrantes, deberán allegar:

1. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

2. Evidencia de la entrega de la tecnología No cubierta por el POS, así:

2.1 Cuando la tecnología NO cubierta por el POS autorizada sea de tipo **ambulatorio**: nombres y apellidos del usuario, su firma y número de identificación y/o representante, responsable o acudiente como constancia de recibido. Debe anexarse copia diligenciada del formato diseñado por el ente territorial para tal efecto (**Anexo 1**), el cual debe contener datos actualizados del usuario, referente a dirección, municipio de residencia, teléfonos fijos y/o celulares, nombre del prestador o proveedor. Debe especificarse el nombre genérico del medicamento, su nombre comercial y el laboratorio farmacéutico (para los medicamentos genéricos), su presentación comercial y unidades entregadas. El afiliado o acudiente debe firmar un recibido a conformidad, teniendo en cuenta el consecutivo de entrega de medicamentos, para el caso de pacientes con tratamientos prolongados y/o crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, con periodos de autorización superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Para pacientes no crónicos con suministro menor a tres (3) meses, también el afiliado o acudiente debe firmar el recibido a satisfacción, en el formato diseñado por el ente territorial Atlántico.

2.2 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en **atención inicial de urgencias**: Copia del informe de atención inicial de urgencias, orden medica de la solicitud, y soporte de aplicación.

2.3 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en **atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria**: Copia de la epicrisis, o de la historia clínica, ordenes médicas de la solicitud, y hoja de suministro de medicamento. Cuando se recobre un medicamento o insumo que fue utilizado en un procedimiento médico-quirúrgico, debe anexarse copia de la descripción del procedimiento. **Los medicamentos recobrados incluidos en el detalle de cargo de las facturas hospitalarias, deben referenciar nombre comercial o casa farmacéutica.**

3. Copia de la **orden y/o fórmula médica**, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005, y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

Todos los soportes de órdenes médicas, hojas de aplicación de medicamentos, epicrisis, copia de historias clínicas, y evidencias de entrega de tecnologías NO POS, deben anexarse sin tachones o enmendaduras.

4. Cuando la tecnología en salud NO cubiertas por el POS a recobrar se trate de un medicamento que tenga un comparador administrativo, este debe identificarse en el formato que para tal efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la misma Dirección, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día, cantidad equivalente y diagnóstico con la Codificación Internacional de Enfermedades – CIE 10, de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

Cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa para identificar la tecnología en salud NO POS autorizada, la EPS deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios (POS), que corresponderá, siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente e incluirá el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. En caso de prestación sucesiva indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado. La justificación médica deberá presentarse debidamente firmada por un médico de la EPS, con su respectivo número de registro médico, en el formato que para tal fin establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Para solicitudes de cobro originadas en un mismo fallo de tutela, se relacionará el número único de radicación del cobro en el cual se anexó la copia del fallo.

Las solicitudes de cobros que se presenten al ente territorial Atlántico, partir del 1° de mayo de 2014, y que tengan como origen fallos de tutela que no sean expresos en cuanto a la tecnología en salud ordenada, deberán presentar el formato de la justificación de la necesidad médica, que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.

La factura de servicios o documento equivalente se presentará a la entidad territorial Atlántico, sin haber sido pagada previamente por al EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al prestador de servicios de salud o proveedor, 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.

PROCESO DE VERIFICACION, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL POS.

Las solicitudes de cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de pre- radicación, radicación y auditoria.

ETAPA DE PRE-RADICACIÓN

Objetivo: Validar al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS, en bases de datos certificadas del Ministerio de la Protección Social, con el fin de establecer si le asistía el derecho al momento de su prestación, la competencia del pago por concepto de la atención prestada, a la población del departamento del Atlántico a este ente territorial.

Presentación de las solicitudes a cobrar: Hacer envío a esta secretaria la solicitudes de los cobros con los soportes estipulados para tal fin según cronograma y formatos adoptados por esta secretaria, al correo cobrossda@gmail.com.

Validación de competencia del pago: Confirmar la competencia del pago de los servicios prestados a cargo de esta secretaria, teniendo como insumo el archivo de pre radicación enviado en medio magnético por las entidades recobrantes, se realizara la verificación de los cobros con intención de radicación, siendo las bases de datos a considerar:

Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Registraduria Nacional del estado Civil.

Código Único de Medicamento.

Registro Único de Víctimas (RUV).

Notificación de resultado de la validación: La validación de la información registrada por la entidad que solicita cobro, podrá generar resultados adoptando lo estipulado en el artículo 21 de la Resolución 5395 de 2.013. El resultado obtenido luego de la validación será enviada a la dirección electrónica aportada por la entidad que realiza el cobro.

ETAPA DE RADICACIÓN

Objetivo: Presentar y recibir las solicitudes de cobros que hayan sido aprobadas en el proceso de pre-radicación, validando lo requisitos mínimos para ser radicada; de los servicios y tecnologías no POS prestados a la población pobre y vulnerable del Departamento del Atlántico.

- **Presentación de solicitud de cobros:** Entrega de las solicitudes de cobro que hayan sido validadas para radicación con sus respectivos formatos (Formato MYT y MYT-R) y demás soportes que lo ameriten según lo estipulado en esta resolución; en las instalaciones de esta secretaria.

Las facturas originadas deberán ser entregadas en forma física así:

1. Carpeta celuguia.
2. Con gancho legajador plástico.
3. Máximo 200 folios por cada carpeta
4. En cajas de archivo inactivo N.12.

- **Verificación:** Revisión de la existencia del formato de solicitud de cobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad que solicita el cobro, y del afiliado y el número de identificación en cada cobro. Revisión en el formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico-Científico (CTC) y/o fallos de tutela y numero de tipo de radicación*), se encuentre incluidos todos los cobros anexados en dicha radicación y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada.

- **Notificación de aceptación de la radicación:** Se firmara copia del MYT-R como resultado de la aceptación y cumplimiento de los requisitos anteriormente descritos en la verificación.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

- **Actualización de Inventario:** Inclusión de las solicitudes de cobro radicadas en base de datos de este ente, según estructura definida, generando así archivo de inventario actualizado, el cual será entregada al área de auditoría para dar inicio al proceso de auditoría.

*Corresponde al tipo de cobro:

Nueva=1

Reingreso=2

Nota: Cuando la entidad no aporte el formato de solicitud de los cobros (Formato MYT), y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R) y este no contenga la firma del representante legal y del contador público identificado con el número de su matrícula profesional; o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, los números de identificación asignados a cada cobro y al formato resumen se anularán, y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

Las entidades que solicitan cobro deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos, soportes de los cobros impresos físicos.

RADICACIÓN DE LAS OBJECIONES. La entidad que solicita el cobro podrá objetar el resultado de la auditoría realizada, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones. A su vez la entidad responsable del pago tendrá un mes siguiente a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

Período habilitado para la radicación de las objeciones son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente. Si el último día habilitado para la radicación de las objeciones es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de cobro el día hábil siguiente al último día autorizado.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

ETAPA DE AUDITORIA

Objetivo: Realizar la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos y esenciales para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable del Departamento del Atlántico, teniendo como referente de manual de glosas la resolución 3047 de 2.008, anexo técnico No.6 y demás disposiciones descritas en la presente resolución.

- **Relación de solicitudes de cobros:** Creación de relación de ingreso de cobros a proceso de auditoría, previo cumplimiento a todos los requisitos estipulados en la radicación y verificación de resultados obtenidos de la pre-radicación.
- **Auditoría de los cobros:** Auditar los cobros radicados conforme a lo estipulado en el manual de glosas estipulado en la resolución 3047 de 2.008 anexo técnico No. 6 y demás disposiciones descritas en la presente resolución.
- **Expedición de Informe:** Generar informe del resultado de la auditoría, basados en el contenido de la comunicación descrita en la presente resolución.
- **Envío de informe:** Remitir a la EPS el informe con el resultado de la auditoría realizada a los cobros radicados. Se comunicara por correo electrónico el resultado de la misma al prestador.

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN. La comunicación contendrá la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número y tipo de informe.
3. Número de radicación de cada cobro.
4. Resultado de la auditoría por cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
5. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del cobro presentado, conforme al manual de glosas.
6. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
7. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del cobro presentado, conforme al manual de glosas.

RESPUESTA A LA OBJECCION PRESENTADA POR LA EPS. Se dará respuesta dentro del mes siguiente a la radicación de la objeción presentada ante esta secretaria, así como a la información adicional anexa por parte de la EPS para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectuó se considerara como definitivo.

TERMINOS Y PLAZOS

TÉRMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE COBRO. Las entidades que soliciten cobro deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación ante esta secretaria, dentro del año siguiente de la ocurrencia del evento.

DÍAS HABILITADOS PARA LA PRESENTACION DE LAS SOLICITUDES DE COBRO. Las entidades deberán presentar las solicitudes de cobro dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, de acuerdo al formato establecido por la Secretaria de Salud Departamental del Atlántico.

DÍAS HABILITADOS PARA LA VALIDACION DE LA COMPETENCIA DEL PAGO. La Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico deberá notificar el resultado de la pre-radicación a la Entidad Prestadora de Servicio (EPS), dentro de los **cinco (5) días hábiles siguientes la presentación de solicitudes**, de acuerdo al formato establecido por la Secretaria de Salud Departamental del Atlántico.

DÍAS HABILITADOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE COBROS. Las entidades deberán presentar las solicitudes de cobro dentro de los **primeros veinticuatro (24) días** calendario de cada mes.

PARÁGRAFO 1o. Si el último día habilitado para la radicación de los cobros es un día no hábil, esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado.

PARÁGRAFO 2o. Aquellos cobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012, en días posteriores al día 24 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015**

PLAZO PARA ADELANTAR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LAS SOLICITUDES DE COBRO Y EFECTUAR EL PAGO CUANDO SEA PROCEDENTE.

La Secretaria de Salud Departamental del Atlántico, deberá llevar a cabo la etapa de auditoría e informar de su resultado a la entidad, dentro de los treinta días hábiles (30) siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobro.

DÍAS HABILITADOS PARA LA RADICACIÓN DE LAS OBJECIONES. El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el periodo de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

PARÁGRAFO. Si el último día habilitado para la radicación de las objeciones es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de cobro el día hábil siguiente al último día autorizado.

PAGO DE LAS SOLICITUDES DE COBRO

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA REGISTRAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LA BASE DE DATOS DE L DEPARTAMETNO DEL ATLANTICO

- Formulario de Registro Único Tributario
- Certificado Camara de comercio representación legal.
- Cedula de ciudadanía representante legal
- Certificación bancaria
- Formato HCC-002 – Solicitud de información tributaria
- Formato autorización pago de obligaciones.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

ESTRUCTURA ARCHIVO EXCEL DE PRE-RADICACION

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
1	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Numérico	1
2	NroRadicacionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	8
3	Origen del Cobro	Origen del Cobro	CTC: comité técnico científico TUT: Tutela	Texto	3
4	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
5	TipIdentEPS	Tipo de identificación de la entidad administradora de planes de beneficio	NI: NIT. Tipo de identificación de la entidad administradora de planes de beneficio	Texto	2
6	NitEPS	Nit de la entidad administradora de planes de beneficio	Número de identificación tributaria de la entidad administradora de planes de beneficio sin dígito de verificación	Texto	12
7	NombreEPS	Nombre de la entidad administradora de planes de beneficio	Nombre o razón social de la entidad administradora de planes de beneficio	Texto	100
8	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	2
9	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	16
10	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
11	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
12	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
13	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015**

14	TipIdentProv eedor	Tipo de identificación de la IPS	Ni: NIT, Tipo de identificación del Proveedor	Texto	2
15	NitProveedor	Nit del proveedor del servicio	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio sin dígito de verificación	Texto	12
16	NombreProve edor	Nombre del proveedor del servicio	Nombre o razón social del proveedor del servicio	Texto	100
17	PrefijoFact	Prefijo de la factura	Prefijo de la factura / recobro, en caso de no tener prefijo dejar en blanco	Alfanumérico	6
18	NumFactura	Número de la factura que comprende al servicio prestado	Número de la factura de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrado	Texto	20
19	FecEmiFactur a	Fecha de emisión de la factura	Fecha de emisión de la factura del proveedor, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
20	NumActaCTC	Número del acta del comité técnico científico	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	20
21	FecActa	Fecha del acta del comité técnico científico	Fecha del acta de CTC, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
22	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
23	FecPrestaSer v	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
24	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
25	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	4

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

26	Tipltem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD. Procedimiento=PD. Insumos y Dispositivos médicos=IN. Otros=OS	Texto	2
27	CodMedSerPr estSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
28	NomMedSerP restil	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
29	Presentacion	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50
30	Cansuminstr oll	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Númérico	4
31	VirUnitil	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númérico	13 dígitos, mas 2 decimales
32	VirTotall	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númérico	13 dígitos, mas 2 decimales
33	mecanismo	Mecanismo con el que se calcula el valor de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrado o prestado	CA: Comparador administrativo TR: Tarifa de referencia de la entidad Territorial	Texto	2
34	Nro Radicado SSDA	Numero de Radicado asignado por la SSDA	Numero consecutivo de registro dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	Texto	12

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

ESTRUCTURA ARCHIVO EXCEL NOTIFICACION SEMANAL DE PACIENTES CRITICOS

Consecu tivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
1	Origen del Cobro	Origen del Cobro	CTC: comité técnico científico TUT: Tutela	Texto	3
2	NombreEPS	Nombre de la entidad administradora de planes de beneficio	Nombre o razón social de la entidad administradora de planes de beneficio	Texto	100
3	Tipdocafilia do	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	2
4	Numdocafil iado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	16
5	PrimerApell ido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
6	SegundoAp ellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
7	PrimerNom bre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
8	SegundoNo mbre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
9	Dirección	Dirección de residencia del afiliado	Dirección de residencia del afiliado	Texto	80
10	Barrio	Barrio de residencia del afiliado	Barrio de residencia del afiliado	Texto	50
11	Municipio	Municipio de Residencia del afiliado	Municipio de Residencia del afiliado	Texto	50
12	Telefono	Nro. Telefono fijo del afiliado	Nro. Telefono fijo del afiliado	Texto	7
13	Celular	Nro Celular del Afiliado	Nro Celular del Afiliado	Texto	10
14	NombrePro veedor	Nombre del proveedor del servicio	Nombre o razón social del proveedor del servicio	Texto	100
15	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
16	FecPrestaSe rv	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
17	CodDiag	Código de diagnostico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	7
18	Tipltem	Sigla del tipo de servicio	Medicamentos=MD.	Texto	2

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015**

		de salud prestado	Procedimiento=PD. Insumos y Dispositivos médicos=IN. Otros=OS		
19	NomMedSe rPrestil	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
20	Presentacio n	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50
21	Consumis troll	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015****CONSTANCIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DE MEDICAMENTOS NO POS**

NOMBRES Y APELLIDOS USUARIO: _____

TIPO DOC.: _____ N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO: _____ EPS-S: _____

TELEFONO CELULAR: _____ TELEFONO FIJO: _____

PRESTADOR DEL SERVICIO (PROVEEDOR): _____

FECHA DE ENTREGA: _____

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL O LABORATORIO FARMACEUTICO	PRESENTACION	UNIDADES ENTREGADAS

ENTREGA N°: _____ DE UN TOTAL A ENTREGAR DE _____

FIRMA DEL USUARIO: _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO PROVEEDOR	FIRMA DEL FUNCIONARIO PROVEEDOR

NOMBRE DEL ACUDIENTE	FIRMA DEL ACUDIENTE

TELEFONOS DE ACUDIENTE: _____

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

FORMATO HTE-013 AUTORIZACION PARA EL PAGO DE OBLIGACIONES A TRAVES DE
CUENTA BANCARIA

Forma HTE-013

Barranquilla, _____ de _____ de 200__

Señores
TESORERÍA DEPARTAMENTAL
Gobernación del Atlántico
Ciudad

Asunto: Autorización para el pago de obligaciones.

A continuación me permito comunicarle que la cancelación de la orden de pago
No. _____ deberá efectuarse en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre del beneficiario:
Nit o CC:
Número de Cuenta Bancaria:
Tipo de Cuenta Bancaria: Entidad Financiera:

Agradeciéndoles anticipadamente su amable atención a la presente.

Atentamente,

Representante Legal y/o Beneficiario

Visto Bueno,

Ordenador del Gasto

Anexo: Certificación Bancaria expedida por la Entidad con una vigencia no mayor de un mes.

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015**

Forma HCC-002

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO



SECRETARIA DE HACIENDA
SUB-SECRETARIA DE CONTABILIDAD Y CRÉDITO PÚBLICO

SOLICITUD DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

A todos los clientes, proveedores y contratistas inscritos en las distintas dependencias del Departamento del Atlántico, con solicitudes de Cotización, Ordenes de Compra y Contratos, favor enviar con carácter urgente, la siguiente información:

Nombre o Razón Social (Comerciante) : _____
 N.I.T. o C.C. y Lugar de Expedición : _____
 Razón Comercial : _____
 Nombre del Establecimiento de Comercio : _____

IMPUESTO A LA RENTA

1. Persona Jurídica Resolución N° : _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 Entidad que la otorga : _____
 2. Entidad Sin Animo de Lucro : Si _____ No _____ Clase _____
 3. Entidad No Contribuyente : Si _____ No _____ Clase _____
 4. Autorretenedor Impuesto a la Renta : Si _____ No _____ Clase _____
 Resolución No. _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 5. Autorizado por Normas Especiales : Si _____ No _____ Norma Legal _____

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS (IVA) - IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA)

1. Grandes Contribuyentes - Agente Retenedor :
 IVA (Impuesto del Valor Agregado) : Si _____ No _____ Clase _____
 Resolución No. _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 ICA (Impuesto de Industria y Comercio) : Si _____ No _____ Clase _____
 Resolución No. _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 2. Entidad Estatal según Ley 223/95 : Si _____ No _____ Clase _____
 3. Autorizado como Agente Retenedor :
 IVA (Impuesto del Valor Agregado) : Si _____ No _____ Clase _____
 Resolución No. _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 ICA (Impuesto de Industria y Comercio) : Si _____ No _____ Clase _____
 Resolución No. _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 4. Agente Retenedor del ICA : Si _____ No _____ Clase _____
 Resolución No. _____ Fecha : Año _____ Mes _____ Día _____
 5. Régimen Impuesto a las Ventas (RUT) : Simplificado _____ Común _____
 6. Bien, Servicio Excluidos o Eventos : Si _____ No _____ Norma Legal _____
 Concepto : _____
 7. Actividad Económica Excluidos o Eventos : Si _____ No _____ Norma Legal _____
 Concepto : _____
 Clase de Actividad Económica : Industrial _____ Comercial _____ Servicios _____ Sector Financiero _____
 Código de la Actividad : _____ Tarifa por Mil _____ Tarifa Máxima del Sector _____
 A Diciembre 31 del año anterior : Ingresos : \$ _____ Patrimonio Bruto : \$ _____

NOTA :

A este formato se deben adjuntar copia de todos los documentos que se solicitan en el cuadro de instrucciones en la parte posterior de esta Forma.

OBSERVACIONES

Firma del Propietario, Gerente o Representante Legal
 Nombre Completo : _____
 N.I.T. o C.C. y Lugar de Expedición : _____

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN :	PARA USO EXCLUSIVO DE LA GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO		Firma _____
	COMPLETA	INCOMPLETA	
Fecha de Revisión : Año _____ Mes _____ Día _____			
IMPUESTO A LA RENTA :			
Descontar Retención en la Fuente :	Si _____ No _____	Motivo _____	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS (IVA) :			
Debe contener IVA :	Si _____ No _____	Motivo _____	
Descontar Impuesto al IVA :	Si _____ No _____	Motivo _____	
Descontar Impuesto de Industria y Comercio :	Si _____ No _____	Motivo _____	

Este formato debe ser diligenciado completamente por cada Secretaría/Dirección y remitido después con sus soportes a la Sub-Secretaría de Contabilidad y Crédito Público de la Secretaría de Hacienda para su revisión posterior.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ANEXO TECNICO No. 2 Resolución 2972 del 03 de Junio 2.015

INSTRUCCIONES
DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRAMITAR ESTE FORMATO
SOLICITUD DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA.

Forma HCC-002

IMPUESTO A LA RENTA

Numeral	Detalle	Documentos Requeridos	Observaciones
1	Personería Jurídica	Copla de la Resolución de la Entidad que le otorgó la Personería Jurídica.	No puede ser para una persona natural.
2	Entidad sin ánimo de lucro	Copla de la Resolución de la Entidad que le otorgó la Personería Jurídica, que indique que es entidad sin ánimo de lucro y clase.	No puede ser para una persona natural.
3	Entidad no Contribuyente	Copla de la Resolución, Decreto o Ley que le otorga tal calidad a la empresa o a la actividad.	No puede ser para personas naturales. Estas entidades aparecen indicadas en el Estatuto Tributario. (Decreto Ley 524/89)
4	Atributador	Copla de la Resolución de la DIAN que le otorgó esa calidad.	Puede ser cualquier tipo de persona natural o jurídica.
5	Atribuido por Normas Especiales	Copla de la Resolución, Decreto o Ley que le otorga tal calidad.	N/A.

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS (IVA) - IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA)

Numeral	Detalle	Documentos Requeridos	Observaciones
1	Grandes Contribuyentes	Copla de la Resolución de la DIAN o de la Dirección de Impuestos Distritales de Barranquilla que le otorgó tal calidad (la parte pertinente de la hoja en la cual aparece el nombre de la entidad).	En su gran mayoría son personas jurídicas.
2	Entidad Estatal	N/A.	Indicar la clase de entidad que aparece anotada en el Estatuto Tributario, tomado de la Constitución de 1991.
3	Atribuido como Agente Retenedor	Copla de la Resolución de la Dirección de Impuestos DIAN, para IVA y Resolución de la Dirección de Impuestos Distritales de Barranquilla, para el ICA.	Puede ser cualquier tipo de Persona natural o jurídica.
4	Agente Retenedor del ICA.	Copla de la Declaración de Impuesto de Industria y Comercio en la cual aparece la Actividad Económica y su código.	N/A.
5	Régimen Impuesto a las Ventas (RUT).	Adjuntar el RUT (Registro Único Tributario) formato entregado a la DIAN, en la cual se inscribe la persona natural o jurídica. Igualmente adjuntar fotocopia del NIT.	Anotar Simplificado siempre que sea persona natural y cumpla algunos requisitos. No pueden pertenecer las personas jurídicas. Anotar Común siempre serán personas jurídicas y algunas naturales que no cumplan con los requisitos del Régimen Simplificado.
6	Bien o Servicio Excluido o Exento del IVA.	Adjuntar copla de las Normas, Decretos, Leyes que le dan la exención al bien o servicio, para el IVA.	Existen bienes excluidos o eventos así como servicios excluidos, los cuales están definidos en el Estatuto Tributario Barranquilla. Se debe anotar e indicar la norma legal y el concepto de la exención.
7	Actividad Económica Excluida o Exenta, no sujeta al impuesto de Industria y Comercio.	Copla de la Declaración de Impuesto de Industria y Comercio en la cual aparece la Actividad Económica y su código. Copla de la Resolución de la Dirección de Impuesto Distrital de Barranquilla en la cual se indique que es una Actividad Económica exenta, excluida o no sujeta al impuesto de Industria y Comercio.	Existen bienes excluidos o eventos así como servicios excluidos, los cuales están definidos en el Estatuto Tributario Barranquilla. Se debe anotar e indicar la norma legal y el concepto de la exención.