


186

	<p style="text-align: center;"> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO - SANTANDER NIT. 900190045-1 </p>	Código:
		Versión: 01/04/2017
		Página 1 de 6

RESOLUCION No. 047
(Enero 29 de 2020)


POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS TARIFAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA QUE PRESTA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN TERCER NIVEL SOCORRO, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES Y EL ARTÍCULO 16 DEL DECRETO 00436 DEL 12 DE DICIEMBRE DEL 2007 EMANADO DE LA GOBERNACION DE SANTANDER.

CONSIDERANDO

- a. Que de conformidad con lo establecido en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, es una entidad pública descentralizada con categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creada por la Gobernación de Santander mediante Decreto 00436 del 12 de Diciembre del año 2007.
- b. Que el artículo 2 del Decreto 1876 de 1994 establece que el objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- c. Que el artículo 4 de la norma precitada establece los objetivos de las Empresas Sociales del Estado.
- d. Que el Decreto 2423 del 31 de Diciembre de 1996 establece en el artículo 60 las tarifas en SMDLV deben cobrarse para la atención de Urgencias de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico en unidades móviles de ambulancia.
- e. Que el artículo 63 del decreto 2423 de 1996, establece que cuando se requiera movilización de pacientes en ambulancia, para traslados interinstitucionales y compilando como anexo 1 del Decreto 780 de 2016, establece que cuando requiere movilización de pacientes en ambulancia para traslado interinstitucional se deben reconocer a tarifas oficiales de la Institución Prestadora del Servicio.



	<p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO - SANTANDER NIT. 900190045-1</p>	Código:
		Versión: 01/04/2017
		Página 2 de 6

- f. Que de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 87 del Decreto 2423 de 31 de diciembre de 1996, Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución, de dichos procedimientos no se encuentra relacionado en el presente Decreto ni siquiera bajo otra denominación.
- g. Que revisados los costos del servicio en mano de obra, materiales e insumos, costos administrativos y logísticos hace necesario el ajustar las tarifas diferentes a las establecidas.
- h. Que mediante Acuerdo N° 002 de 29 Enero de 2020, expedido por la Junta directiva se establecen las tarifas para la prestación de servicios de transporte de ambulancia de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

Por lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Definir para la vigencia 2020 las tarifas oficiales que se aplicarán en la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, en concordancia a lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 y Decreto 780 de 2016, teniendo en cuenta el tipo de transporte, las condiciones geográficas y los servicios adicionales empleados en el transporte asistencial básico y Medicalizado de pacientes.

ARTICULO SEGUNDO: Campo de Aplicación: Las tarifas para la venta de servicios de transporte de pacientes en ambulancias se aplicarán a todas las entidades EAPB, oficiales, privadas, fuerzas militares y a la comunidad que solicite un servicio dentro o fuera del perímetro urbano.

PARAGRAFO: Autorizar descuento hasta un 20% a los usuarios que que soliciten atención y cuya modalidad de pago sea particular según las condiciones socioeconómicas manifestadas.

ARTÍCULO TERCERO: Derogar la Resolución N° 052 de 2019 “Por Medio De La Cual Se Adoptan Las tarifas para transporte prestado Por La Empresa Social Del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán Del Socorro”.

ARTÍCULO CUARTO: Derogar el Acuerdo N°002 de enero 30 de 2019 “Por Medio Del Cual Se Establecen Las Tarifas Internas Para Los Diferentes Servicios Prestados Por La Empresa Social Del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán Del Socorro”




NUEVA IMAGEN EN SALUD

Carrera 16 N° 9-53 Conmutador (7) 7274000 Socorro-Santander-Colombia

E-mail hospitalhmb Socorro@gmail.com

Página Web www.hospitalmanuelabeltran.gov.co

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO - SANTANDER NIT. 900190045-1	Código:
		Versión: 01/04/2017
		Página 3 de 6

ARTÍCULO QUINTO.- Servicio De Ambulancia. Adoptar las siguientes tarifas para el Traslado Asistencial Básico Intermunicipal de Pacientes de acuerdo al siguiente detalle:

DESDE SOCORRO HASTA:

CÓDIGO	TRANSPORTE	VALOR
S31302	ARATOCA	\$430.600
S31302	CONFINES	\$273.700
S31302	CONTRATACION	\$684.100
S31302	CHIMA	\$416.500
S31302	GALAN	\$417.600
S31302	GAMBITA	\$669.900
S31302	GUADALUPE	\$559.300
S31302	GUAPOTA	\$345.000
S31302	HATO	\$413.000
S31302	OIBA	\$310.000
S31302	PALMAR	\$407.600
S31302	PALMAS DEL SOCORRO	\$221.300
S31302	SAN GIL	\$299.200
S31302	SIMACOTA	\$280.800
S31302	SUAITA	\$503.400

ARTÍCULO SEXTO.- Cuando se requieran traslados a otros destinos no considerados dentro de la tabla anterior, se liquidará el servicio por kilómetro /Traslado Asistencial Básico. (Número de kilómetros X \$). Se tendrá en cuenta el Kilometraje oficial determinado por el Instituto Nacional de Vías para el recorrido entre las dos localidades objeto del desplazamiento.





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
SOCORRO - SANTANDER
NIT. 900190045-1

Código:

Versión: 01/04/2017

Página 4 de 6

TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO (Valor Kilometro)			
DIURNO ORDINARIO	NOCTURNO ORDINARIO	DIURNO FESTIVO	NOCTURNO FESTIVO
\$7.200 m/cte	\$8.000 m/cte	\$8.300 m/cte	\$9.4000 m/cte

Parágrafo: Cuando se trate de un traslado redondo y para el caso que se excedan las dos horas iniciales contadas a partir con el contacto del móvil con el paciente, por cada hora adicional se pagará el valor por kilómetro descrito en la tabla anterior.

ARTÍCULO SEPTIMO.- Cuando se trate de Transporte Asistencial Medicalizado se liquidará el servicio por cada kilómetro. (Número de kilómetros por \$). Se tendrá en cuenta el kilometraje oficial determinado por el Instituto Nacional de Vías para el recorrido entre las dos localidades objeto del desplazamiento.

TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO (Valor Kilometro)			
DIURNO ORDINARIO	NOCTURNO ORDINARIO	DIURNO FESTIVO	NOCTURNO FESTIVO
\$8.900 m/cte	\$9.800 m/cte	\$10.100 m/cte	\$10.900 m/cte

Parágrafo: Cuando se trate de un traslado redondo y para el caso que se excedan las dos horas iniciales contadas a partir con el contacto del móvil con el paciente, por cada hora adicional se pagará el valor por kilómetro descrito en la tabla anterior.

ARTÍCULO OCTAVO.- Como servicios adicionales en la ejecución del traslado asistencial Básico y Medicalizado se referencia el acompañamiento por médico general o profesional de enfermería, las tarifas de estos servicios adicionales serán sumadas al costo del traslado y serán relacionados a continuación:

PROFESIONAL	TARIFA
Médico General	\$202.200
Profesional de Enfermería	\$178.500

ARTÍCULO NOVENO.- Cuando se trate de Transporte Asistencial Básico dentro del perímetro urbano se tendrá en cuenta la siguiente tabla:



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO - SANTANDER NIT. 900190045-1	Código:
		Versión: 01/04/2017
		Página 5 de 6

CODIGO	TRANSPORTE	VALOR
S31305	AMBULANCIA ZONA URBANA DIURNA	\$69.000
S31306	AMBULANCIA ZONA URBANA NOCTURNA	\$77.300

ARTÍCULO DÉCIMO.- Para eventos como Ferias, exposiciones deportivas, culturales, políticas o sociales se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

CODIGO	TRANSPORTE	VALOR
S31305	AMBULANCIA ZONA URBANA DIURNA (Hora)	\$101.100
S31306	AMBULANCIA ZONA URBANA NOCTURNA (Hora)	\$112.400

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO.- Si efectuada la movilización de la ambulancia al sitio de destino del desplazamiento y por circunstancias ajenas al prestador e imputables al estado del paciente (Fallecimiento, Inestabilidad del paciente u otras causas afines) y eventos como cierre de vías, no recepción del paciente por parte de la entidad a donde era referido, entre otras; se liquidara el servicio en proporción a la prestación (recorrido) efectivamente realizada.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO.- Todos los Medicamentos, Material Médico Quirúrgico, Insumos y Dispositivos Médicos que se utilicen durante el traslado del paciente se liquidarán a las tarifas establecidas por el Hospital, y se soportarán con la respectiva Hoja de Administración de Medicamentos.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO.- En concordancia con lo dispuesto por el artículo 60 del Decreto 2423 de 1996 y sus actualizaciones por anualidad se define como tarifa para el reconocimiento a la E.S.E. de traslados primarios de víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos la siguiente tarifa DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE (**\$292.600**).

PARAGRAFO: El traslado primario comprende servicio de médicos, enfermeros y personal auxiliar capacitados en Emergencias, Instrumental y Equipos de Dotación en los Vehículos, Consumo de Medicamentos, Soluciones, Material de Sutura Y Curación, utilizados para la solución de la emergencia, estabilización del paciente durante el traslado desde el sitio de emergencia al centro Hospitalario.

ARTÍCULO DÈCIMO CUARTO: Las tarifas se modificarán anualmente a 01 de enero de cada año de acuerdo al porcentaje de incremento del salario mínimo, salvo que haya necesidad de hacer estudio de costos para modificar los valores establecidos en el presente Acto Administrativo.

	<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO - SANTANDER NIT. 900190045-1</p>	Código:
		Versión: 01/04/2017
		Página 6 de 6

ARTÍCULO DECIMO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de aprobación.

Se expide en Socorro, a los veintinueve (29) días del mes de enero del año dos mil veinte (2020).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


DR. ARIEL ALFONSO JIMENEZ ESCOBAR
 Gerente


 Proyectó: Subproceso Apoyo Contratación EAPB./ Gestión Integral AT.

Revisó: Sandra Patricia Rangel Guerrero
 Jefe Oficina Asesora Jurídica
 E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán