RESOLUCIÓN No. 1-00824 DE 2022

Por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA

EL DIRECTOR GENERAL DEL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas mediante el numeral 4º del Artículo 4º del Decreto 249 de 2004 y los artículos 32, 33 y 34 del Acuerdo 24 de 1978 y,

CONSIDERANDO

Que el numeral 4º del Artículo 4º del Decreto 249 de 2004, establece como función del Director General: "*Dirigir, coordinar y controlar las funciones administrativas y técnicas de los proyectos operativos, dictar actos administrativos, (…) de conformidad con las normas legales vigentes.*

Que el Decreto 907 de 1975, estableció en su artículo 30, la "*Seguridad social para la familia del empleado",* disponiendo que "*El SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial, para los parientes de los empleados…"*

Que el Decreto 1014 de 1978 señaló en su artículo 35, modificado por el artículo 16 del Decreto 415 de 1979, que "*-El SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial, para los parientes de los empleados de la entidad. //… // -El Consejo Directivo Nacional de la entidad, reglamentará las normas internas sobre este aspecto."*

Que la Convención Colectiva de Trabajo vigente, suscrita entre el SENA y SINTRASENA, establece que la familia del Trabajador Oficial gozará del Servicio Médico Asistencial "*de acuerdo con el reglamento vigente"*.

Que el artículo 7o. de la Ley 4 de 1976, determinó que los familiares que dependan económicamente del pensionado tienen derecho, "*a disfrutar de los servicios médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, de rehabilitación, diagnóstico y tratamiento que las entidades, patronos o empresas tengan establecido o establezcan para sus afiliados o trabajadores activos".*

Que los artículos 32, 33 y 34 del Acuerdo 24 de 1978, faculta al Director General del SENA para "*establecer mediante Resolución las tarifas que deben ser reconocidas al cirujano, al anestesista, al médico o cirujano complementario (en los casos en que éste se requiera), al médico tratante cuando exista hospitalización sin cirugía y a los profesionales participantes en Juntas Médicas*", "*las tarifas a reconocer a odontólogos y cirujanos por tratamientos de operatoria, prótesis, ortodoncia, endodoncia y cirugías bucales", "las tarifas por concepto de habitación hospitalaria, unidades de cuidado intensivo e incubadora, otros servicios hospitalarios, válvulas y marcapasos, consultas pre-hospitalarias, tratamientos ambulatorios, aparatos ortopédicos, prótesis para amputado, pequeña cirugía (urgencias) y cirugías sin hospitalización", y "los reconocimientos por los aspectos*

enunciados en el artículo 34 del presente acuerdo y todos aquellos amparados por el Servicio Médico Asistencial."

Que el artículo 30 del Acuerdo 24 de 1978 establece que: *"La Junta Administradora Nacional tiene la facultad de estudiar y decidir sobre situaciones no contempladas en el cubrimiento del servicio y sobre aquellos que estando amparadas requieran un tratamiento especial.* ***El director general previa recomendación de la Junta Administradora Nacional podrá autorizar tarifas superiores a las establecidas en la resolución para los casos especiales.*** *(*Resaltado fuera de texto*).*

Que, en ejercicio de esa facultad, este despacho expidió la Resolución No. 1262 del 30 de junio de 2016, mediante la cual modificó las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA, modificada parcialmente por las Resoluciones 1-2181 de 2019 y 1-00951 de 2021.

Que desde la Resolución 1262 de 2016, las tarifas y topes del servicio médico asistencial del SENA se han actualizado anualmente de conformidad con lo establecido en su artículo décimo cuarto, con el IPC certificado por el DANE.

Que en el Acuerdo Colectivo negociado con las organizaciones sindicales del SENA y acogido mediante la Resolución 032 de 2022, para las vigencias 2022 – 2024, se pactó lo siguiente en relación con el Servicio Médico Asistencial del SENA:

> *"8.2. Dentro del primer trimestre de la vigencia 2022, la Secretaría General del SENA emitirá un lineamiento para la implementación de las estrategias y actividades a realizar para el programa de promoción y prevención que se defina, bajo el contexto del perfil epidemiológico del Servicio Médico Asistencial. El lineamiento que se emitirá en cada vigencia para este tema incluirá las actividades a desarrollar dentro de la respectiva vigencia, los tiempos de ejecución y los recursos de acuerdo con la asignación presupuestal a nivel nacional, los cuales corresponderán al 10% de lo asignado a la regional en la vigencia. La Dirección General y las Regionales elaborarán e iniciarán el cronograma de la contratación de sus actividades de PyP que lo requieran, de acuerdo con la normatividad vigente, y lo entregarán a las organizaciones sindicales dentro de los quince días siguientes a la expedición del lineamiento, y en los meses de julio y noviembre les entregarán el informe de avances de dichas actividades."*
>
> *"8.4. El SENA actualizará la Resolución 1262 de 2016, en lo relacionado con los topes y tarifas del SMA, ajustando esos valores en un 10% adicional para el 2022, y estableciendo que a partir de la vigencia 2023 las tarifas y topes se ajustarán automáticamente el 1° de enero de cada año con el IPC de Salud o IPC general, según el que sea mayor en la respectiva vigencia. La resolución con el ajuste pactado para el 2022 será tramitada y expedida ese año por la administración del SENA. Para el ajuste del 2022, el tema será incluido en la primera reunión de la Junta Administradora Nacional del SMA, con el fin de que emita su recomendación. La Resolución correspondiente será tramitada y expedida ese año por la administración del SENA dentro del mes siguiente a la recomendación de la Junta, y los ajustes al respectivo aplicativo se realizarán dentro del mes (1) siguiente."*

"8.5. En la primera reunión que realice la Junta Administradora Nacional del SMA en el 2022, el SENA pondrá a consideración la siguiente modificación de la Resolución 1262 de 2016, con el fin de que esa instancia emita su recomendación, sobre la siguiente propuesta: Incluir dentro de los productos que suministra el SENA los no clasificados como medicamentos, para los tratamientos o terapias de enfermedades catastróficas (según la clasificación del Ministerio de Salud) de los beneficiarios diagnosticados con esas enfermedades, siempre y cuando estos sean indispensables y estén directamente relacionados con el tratamiento de esa enfermedad, previa justificación médica que será validada por el médico asesor y el médico auditor frente al tipo de enfermedad, y la eficiencia, pertinencia y seguridad del producto frente al respectivo tratamiento; en caso de ser negado un producto de los referidos en este punto del acuerdo, el SENA le informará por escrito al beneficiario la razón. Esta propuesta no incluye el suministro de productos fitoterapéuticos, homeopáticos o con fines estéticos, ni los que estén en estado experimental. En caso de que la recomendación de la Junta Nacional del SMA sea positiva en las condiciones anotadas anteriormente, el tema será incluido dentro de la Resolución que se emita para dar cumplimiento al punto 8.4. del presente acuerdo, y los ajustes que se requieran al respectivo aplicativo se realizarán dentro del mes (1) siguiente a la emisión de la resolución."

Que la Junta Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial, luego de analizar el tema de las tarifas, recomendó al Director General del SENA modificar las tarifas a reconocer para la red de prestadores de servicios de salud y los topes a reconocer a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial en el área de medicina y odontología, según consta en el acta No. 1 del 03 de marzo de 2022, suscrita con representantes de SINDESENA y SINTRASENA, y en el acta No. 1 del 20 de abril de 2022, suscrita con representantes de SETRASENA.

Las actas de las reuniones Convencionales en las cuales participaron representantes de la entidad y se aprobaron los acuerdos llegados con las organizaciones sindicales, así como las actas de la Junta Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial que avala el cumplimiento de dichos acuerdos, hacen parte integrante del presente acto administrativo y constituyen soporte de la aprobación implícita dada por las dependencias participantes en la misma.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I

TARIFAS

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar las siguientes categorías para las tarifas de prestación de servicios médicos y odontológicos de acuerdo con la oferta de servicios de salud:

Categoría A: Regionales Cundinamarca, Distrito Capital y Dirección General.

Categoría B: Regionales Atlántico, Santander y Valle.

Categoría C: Regionales Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Risaralda y Tolima.

Categoría D: Regionales Amazonas, Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Cauca, Caldas, Guaviare, Huila, Putumayo, Guainía, Vichada, Casanare, Caquetá, Choco, Meta, Nariño, Norte de Santander, San Andrés Islas, Sucre, Vaupés, Quindío. También tendrán estas tarifas los municipios de Buenaventura (Valle del Cauca), Barrancabermeja (Santander), San Gil (Santander), Málaga (Santander) y Vélez (Santander).

PARÁGRAFO: Las tarifas para los municipios de la zona sur de la Guajira serán SOAT. Las tarifas para habitación hospitalaria y Unidad de Cuidado Intensivo de la Regional Valle serán SOAT. La UCI en los municipios de Girardot, Villeta y Fusagasugá de la Regional Cundinamarca se contratará con tarifas SOAT.

ARTÍCULO SEGUNDO: Establézcase las siguientes tarifas como referentes de contratación a reconocer, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA, según la categoría de la regional y nivel de complejidad del prestador:

Categoría A: Las tarifas referentes para estas regionales son las siguientes, por cada grupo de servicios, así:

a) Laboratorio clínico a ISS 2001 incrementado máximo hasta un 105,40%.
b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos a ISS 2001, incrementado máximo hasta el 115,45%, según nivel de complejidad del prestador.
c) Ayudas diagnósticas de imagenología según nivel tecnológico ISS 2001, incrementado máximo hasta el 128,35%.
d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual presentado en artículo tercero de la presente Resolución, para consultas de medicina especializada y subespecializada y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001 incrementado máximo hasta un 112,23% acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría B: Las tarifas referentes para estas regionales son las siguientes, por cada grupo de servicios:

a) Laboratorio clínico a ISS 2001, incrementado máximo hasta un 105,40%.
b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos ISS 2001, incrementado máximo hasta un 121,11%, según nivel de complejidad del prestador.
c) Ayudas diagnósticas de imagenología según nivel tecnológico: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 136,79%.
d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual presentado en artículo tercero de la presente resolución para consultas de medicina especializada y subespecializada, y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 121,11% acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría C: Las tarifas referentes para estas regionales son las siguientes, por cada grupo de servicios, así:

a) Laboratorio clínico a ISS 2001 incrementado máximo hasta un 105,40%
b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 136,79%, según nivel de complejidad del prestador.
c) Ayudas diagnósticas de imagenología: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 152,58%, acorde a su nivel tecnológico.
d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual presentado en artículo tercero de la presente resolución para consultas de medicina especializada y subespecializada y los

demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 121,11%, acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría D: Las tarifas autorizadas para contratar para estas regionales tendrán como referentes el Manual Tarifario SOAT vigente, la ubicación geográfica de difícil accesibilidad a los servicios de salud, la disponibilidad reducida de oferta de servicios, el manejo tarifario de las entidades de salud de la ciudad o las condiciones sociales, económicas y de orden público.

PARÁGRAFO: Las tarifas referidas en este capítulo son las máximas permitidas para la contratación de servicios en cada regional, sin perjuicio del deber de todos los ordenadores del gasto de maximizar la eficiencia en el uso del presupuesto, sin menoscabo de la calidad y oportunidad de los servicios.

ARTÍCULO TERCERO: Las siguientes tarifas se establecen como referentes para la contratación y el reconocimiento a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA, en los servicios de consulta externa especializada y sub-especializada, y demás servicios ambulatorios, así:

Actividades Ambulatorias	Categorías A-B-C-D (valor en $)
Consulta Externa Especializada, hasta	125.256
Consulta Sub-especializada, hasta	153.091
Consulta ambulatoria de medicina general para Regionales que no tengan Médico General dentro de las instalaciones SENA, hasta	62.628
Sesión con médico psiquiatra, hasta	125.256
Control con especialistas, hasta	84.896
Consulta con optómetra, ortoptista, terapista o nutricionista, hasta	52.886
Sesiones con optómetra, ortoptista, terapista o nutricionista, hasta	52.886
Consulta con psicólogo o psicoanalista, hasta	52.886
Sesión con psicólogo, hasta	52.886
Sesiones terapias respiratorias, hasta	34.793
Nebulización con medicamento, hasta	32.014
Visita domiciliaria Médico General: Se autoriza únicamente en aquellos casos donde el paciente no se pueda desplazar al consultorio, previa certificación del especialista o médico tratante, hasta	84.896
Fisioterapias y/o terapias a domicilio, hasta	65.412
Médico especialista domiciliario, hasta	153.091
Auxiliar de Enfermera por día cuando se requiera por orden del médico tratante contratado con visto bueno del médico general, hasta	69.587
Suministro de Oxígeno (Mes), hasta	375.769
Exámenes y procedimientos: Las tarifas establecidas para exámenes y procedimientos serán las establecidas en el momento de la contratación, según el tipo de regional, conforme a la categoría establecida en el artículo primero de la presente resolución, lo cuales hacen parte del cupo de tratamiento ambulatorio anual de beneficiario	
Medicamentos: Los medicamentos que se prescriban para el tratamiento del paciente y se autoricen por el médico del SENA de cada regional deberán cumplir con lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 y de acuerdo y respetando el criterio científico del profesional tratante. Los medicamentos se pagarán de acuerdo a las condiciones establecidas por cada regional en los procesos de contratación, los cuales no deberán exceder los precios del mercado. Los medicamentos hacen parte del cupo de tratamiento ambulatorio anual del beneficiario.	

PARÁGRAFO PRIMERO: El máximo de tarifas a reconocer a los profesionales contratados del Servicio Médico Asistencial por tratamiento ambulatorio son las indicadas en la presente resolución y en ningún caso se podrán aplicar copagos en consultorios por parte de beneficiarios.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las tarifas a reconocer a las entidades hospitalarias contratadas por tratamiento ambulatorio serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las estipuladas para cada regional en el capítulo primero de la presente resolución, y en ningún caso se podrán aplicar copagos en consultorios por parte de beneficiarios.

PARÁGRAFO TERCERO: Los exámenes y procedimientos con costo superior al 60% del salario mínimo legal vigente, afectan el ítem de hospitalización - otros servicios sin cirugía y le es aplicable el artículo décimo de la presente resolución. Los exámenes y procedimientos con costo inferior al 60% del salario mínimo legal vigente, afectan el cupo ambulatorio de medicina. En caso de nuevas tecnologías en salud ya sea para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, los médicos asesores del SENA deberán justificar la autorización de dichos servicios.

PARÁGRAFO CUARTO: Para efectos de la cobertura del SMA, se entenderá como enfermedad ruinosa, catastrófica, aquellas que representen una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

PARÁGRAFO QUINTO: Para los tratamientos y las terapias de los beneficiarios diagnosticados con enfermedades ruinosas o catastróficas señaladas en el artículo 114 de la Resolución 2292 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, se podrán incluir dentro de los productos que suministra el Servicio Médico Asistencial del SENA, los no clasificados como medicamentos, excluyendo el suministro de productos fitoterapéuticos, homeopáticos o con fines estéticos, y los que estén en estado experimental. Los productos a los que se refiere este parágrafo se podrán dispensar siempre y cuando estos sean indispensables y estén directamente relacionados con el tratamiento de esa enfermedad, previa justificación médica que será validada por el médico asesor y el médico auditor frente al tipo de enfermedad, y la eficiencia, pertinencia y seguridad del producto frente al respectivo tratamiento; en caso de ser negado un producto de los referidos en este parágrafo, se le informará por escrito al beneficiario la razón.

ARTÍCULO CUARTO: Establézcase las siguientes tarifas odontológicas máximas para todas las regionales como referentes de contratación y a reconocer para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA, en los servicios de consulta externa de odontología, y demás servicios ambulatorios de salud oral:

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Consulta Odontólogo General	52.886
Consulta Odontólogo Especialista	69.587
Consulta Urgencias	87.680
Control	41.752
RADIOLOGÍA	
Periapical y Coronal	11.412
Oclusal	26.336
Panorámica	26.336
Perfil	28.094
A.T.M.	43.894
Fotografía Clínica	21.071
5 fotos	87.792

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y 5 fotos)	105.350
Paquete Ortopedia (panorámica – perfil – modelos)	158.026
OPERATORIA	
Obturación 1 superficie Amalgama	30.727
Superficie adicional	20.190
Obturación 1 superficie Resina	43.894
Superficie adicional	28.094
Colocación Pin Milimétrico	31.604
Reconstrucción Angulo Incisal (Forma Plástica)	110.618
Obturación una Superficie en Ionomero	41.262
Superficie adicional	28.094
Reconstrucción tercio incisal con Resina de fotocurado	149.247
Frente estético por diente	156.271
ENDODONCIA	
Blanqueamiento Dental	61.454
Uniradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	210.702
Birradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	298.494
Multirradicular (Incluye Rx) Diente Permanente	386.288
Apexificación y/o Apexicogénesis con MTA	263.378
Apicectomía Dientes Uniradiculares	140.468
Apicectomia Dientes Birradiculares	193.143
Obturación vía apical en Anteriores	122.910
Obturación vía apical en Premolares	158.026
Biopulpectomía en anteriores y posteriores	61.454
Retratamiento Diente Uniradicular	263.378
Retratamiento Diente Birradicular	351.172
Retratamiento Diente Multirradicular	438.964
Cirugía Apical	491.641
ODONTOPEDIATRÍA	
Sesión de Adaptación	35.116
Frenectomía	87.792
Tratamiento de Conductos Dientes Temporales	87.792
Corona de Acero	70.234
Corona de Policarbonato	70.234
Exodoncia de Dientes Temporales	26.336
Pulpotomía	26.336
Sellante por Diente	26.336
Fluorización y/o Profilaxis	52.675
CIRUGÍA ORAL	
Exodoncia Simple Uniradicular y Multirradicular	52.675
Cirugía Diente Incluido	210.702
Exodoncia Método Abierto	175.584
Exodoncia Semi-Incluidos	175.584
Exicisión Radical de Lesión Tejidos Blandos, etc.	158.026
Capuchón Pericoronario	87.792
Ligadura de Diente con Alambre	114.129
Ventana Quirúrgica	70.234
Drenaje de Absceso Dentario Intraoral	61.454
PROSTODONCIA	

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Prótesis Total Superior o Inferior (uno cada 3 años)	667.226
Prótesis Parcial Mucosoportada hasta (incluye 3 controles post-entrega de tratamiento)	386.288
Prescripción y Reparación de Prótesis fija o removible	105.350
Prótesis Dentomucosoportada o combinada 1 a 5 dientes (una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)	474.082
Prótesis Dentomucosoportada o combinada más de 5 dientes (una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)	526.756
Por cada pieza a reemplazar	52.675
Corona Completa Metal- Porcelana (garantía de 2 años con cumplimiento de recomendaciones por parte del paciente)	614.550
Núcleo en Metal	158.026
Placa Neuromiorelajante	210.702
Temporalización	87.792
Modelo de Estudio	43.894
Incrustación en Metal	287.960
Tallado Selectivo	87.792
Rebase de Prótesis Dental Acrílica	175.584
Retiro de Prótesis Fija sobre Pilar	87.792
Reconstrucción de Muñón en Ionomero	149.247
PERIODONCIA	
Férula Superior o Inferior por Cuadrante	122.910
Gingivectomía y Gingivoplastia por Cuadrante	149.247
Raspado y Alisado Radicular por Cuadrante	140.468
Curetaje a Campo Abierto por Cuadrante	158.026
Curetaje a Campo Cerrado por Cuadrante	140.468
Injerto Óseo de 1 o más Paredes y/o Injerto	140.468
Colgajo Posicionado Lateral y/o Apical	161.539
Detartraje Supra y Subgingival por Cuadrante	70.234
ORTODONCIA CORRECTIVA	2.809.378
Cuota Inicial	702.345
Segundo Pago	561.875
Tercer Pago	702.345
Cuarto Pago	842.813
Placas de Hawley	228.260
ORTOPEDIA MAXILAR	
Plano Inclinado	158.026
Arco Lingual	158.026
Mantenedor de Espacio Removible	228.260
Mantenedor de Espacio Fijo Unilateral	140.468
Placa para Corrección de Hábito	175.584
Botón de Nance	175.584
Placa de Hawley con o sin Aditamentos	228.260
Activador	210.702
Aparatos Extraorales	228.260
Spring a Liner	175.584
Placa Circunferencial con Banda Vestibular	210.702
Mentonera Máscara Facial	245.819
Traxion Extraoral	333.612

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Quad Helix (Incluye Bandas)	351.172
Máscara Facial	316.054
Disyuntor Hirax	333.612
Placa Eishler	210.702
Frankell III Bimbler Klamp Bionator (Activador) SN	421.406
Pistas Clase II y III	351.172

PARÁGRAFO PRIMERO: Con el fin de establecer controles a los tratamientos de ortodoncia correctiva y ortopedia maxilar, se dispone:

a. La reposición por pérdida de los aparatos de ortodoncia correctiva u ortopedia maxilar estará a cargo en su totalidad del funcionario o del pensionado beneficiario.
b. El SENA no asumirá cambio de piezas en ortodoncia correctiva por mal uso de tratamientos por parte del beneficiario, su costo estará a cargo del servidor público o del pensionado beneficiario.

c. Los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial tendrán derecho a un solo tratamiento de ortopedia maxilar y un solo tratamiento de ortodoncia correctiva completo (superior y/o inferior, según las necesidades del beneficiario) durante su permanencia en el Servicio Médico Asistencial del SENA.

d. El cambio de aparatología en ortopedia maxilar será autorizado de acuerdo con el concepto clínico del especialista tratante, avalado por el odontólogo del SENA; justificación que deberá ser consignada por el odontólogo del Servicio Médico Asistencial en la historia clínica odontológica del beneficiario.

e. El SENA no se responsabiliza por tratamientos iniciados, que no hayan sido autorizados previamente por el odontólogo del SENA, a través de una orden de atención.

f. Cuando un paciente deja de asistir a sus controles de ortodoncia y ortopedia maxilar sin justificación válida (un control mensual normalmente), por el término de tres (3) meses, dicha situación se tomará como uso indebido del servicio, al igual que la suspensión del tratamiento o abandono del mismo, razón por la cual, el beneficiario deberá asumir los costos del tratamiento desde ese momento en adelante.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El pago del tratamiento de ortodoncia correctiva, se hará en cuatro órdenes de atención, así:

a. Como cuota inicial, el 25% del valor total del tratamiento previa aprobación del odontólogo del SENA.

b. Un segundo pago del 20% del valor total del tratamiento, previa aprobación del odontólogo del SENA, donde certifique que el 45% del tratamiento se encuentra ejecutado.

c. Un tercer pago del 25% del tratamiento previa aprobación del odontólogo del SENA, en la que certifica que el 70% del tratamiento está ejecutado.

d. Un último pago del 30% restante, previa aprobación del odontólogo del SENA en la que certifica que el tratamiento se ha ejecutado en un 100%.

e. El valor de los retenedores no estará incluido en el cupo del tratamiento de ortodoncia correctiva y solamente se pagará un retenedor por arcada, previa autorización del odontólogo del SENA

f. A partir del reconocimiento de retenedores de tratamiento de ortodoncia correctiva se autorizarán cuatro (4) controles durante el primer año.

CAPÍTULO II

TOPES RECONOCIDOS A BENEFICIARIOS

ARTÍCULO QUINTO: Establézcase los siguientes topes máximos a reconocer para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA:

1. HOSPITALIZACIÓN

1.1. TOPES HOSPITALARIOS:

SERVICIO	CATEGORÍA El tope máximo diario a reconocer para el beneficiario será de: (Valor en $)			
	A	B	C	D
Habitación Hospitalaria	234.071	239.312	244.556	254.554
Unidad de Cuidado Intensivo	898.869	918.572	938.093	976.040
Unidad de Cuidado Intermedio	898.869	918.572	938.093	976.040
Unidad Cuidado Intensivo Pediatría	898.869	918.572	938.093	976.040
Incubadora	265.523	270.221	275.102	285.315
Urgencias	278.355	283.415	288.477	298.378

Se considera como urgencia aquella situación de salud en la que por gravedad de los síntomas o por tratarse de un suceso accidental, se requiera atención médica inmediata en un centro hospitalario.

El valor máximo a reconocer a las entidades prestadoras de servicios de salud contratadas por urgencias se pagará de acuerdo a las tarifas pactadas al momento de la contratación según nivel de complejidad de la institución, las cuales no deberán superar las estipuladas en el Capítulo I de la presente resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades prestadoras de servicios de salud contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2. TOPES QUIRÚRGICOS:

1.2.1. DERECHO SALA DE CIRUGÍA:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Grupo 01	67.103	68.753	69.851	73.424
Grupo 02	104.642	107.218	108.931	114.502
Grupo 03	156.732	160.586	163.153	171.497
Grupo 04	223.130	228.618	232.273	244.154
Grupo 05	284.133	291.122	295.779	310.907
Grupo 06	323.082	331.028	336.326	353.525
Grupo 07	377.985	387.280	393.478	413.601
Grupo 08	463.157	474.548	482.138	506.799
Grupo 09	561.465	575.272	584.476	614.369
Grupo 10	659.776	675.999	686.814	721.942
Grupo 11	772.395	791.390	804.053	845.175
Grupo 12	860.853	882.022	896.133	941.963
Grupo especial 20	1.118.004	1.145.495	1.163.824	1.223.348
Grupo especial 21	1.383.135	1.417.146	1.439.821	1.513.458
Grupo especial 22	1.703.169	1.745.052	1.772.970	1.863.646
Grupo especial 23	2.043.847	2.094.107	2.127.613	2.236.426
Grupo especial 24	2.346.283	2.403.979	2.442.442	2.567.359

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por "Derechos de Sala de Cirugía" serán las establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.2. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS QUE REQUIERAN CIRUGÍA SEGÚN UBICACIÓN EN LA TABLA DE INTERVENCIONES:

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Grupos 1 al 5, valor total	187.702	192.316	195.394	206.946
Grupos 6 al 10, valor total	287.810	294.887	299.605	317.319
Grupos 11 al 12, valor total	631.931	647.470	657.832	696.726
Grupos especiales 20 al 24, valor total	750.811	769.275	781.581	827.792

En otros servicios por cirugía están incluidos: Materiales en cirugía (material desechable), anestesia, servicio de instrumentación, medicamentos, RX, exámenes de diagnóstico, oxígeno,

transfusiones, exámenes de patología, electroencefalogramas, electrocardiogramas, nebulizaciones, derechos de sala de recuperación (la dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería).

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.3. OTROS SERVICIOS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Hasta 30 días	1.439.053	1.474.441	1.498.032	1.586.604
De 31 a 44 días	1.667.426	1.708.428	1.735.761	1.838.390
Sí pasa de 45 días	1.898.927	1.945.622	1.976.753	2.093.627

En otros servicios sin cirugía están incluidos: medicamentos, RX, exámenes de diagnóstico, oxígeno, transfusiones, exámenes de patología, nebulizaciones, electroencefalogramas, electrocardiogramas, derechos de sala de recuperación (la dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería).

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.4. HONORARIOS POR CIRUGÍA

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Grupo 01	83.879	85.944	87.318	91.782
Grupo 02	130.805	134.023	136.165	143.131
Grupo 03	195.914	200.732	203.944	214.374
Grupo 04	278.913	285.774	290.343	305.194
Grupo 05	355.169	363.902	369.724	388.635
Grupo 06	403.853	413.783	420.404	441.906

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Grupo 07	472.483	484.102	491.846	517.003
Grupo 08	578.944	593.182	602.671	633.496
Grupo 09	701.831	719.090	730.597	767.960
Grupo 10	824.718	844.998	858.520	902.427
Grupo 11	965.496	989.238	1.005.066	1.056.467
Grupo 12	1.076.064	1.102.524	1.120.166	1.177.454
Grupo especial 20	1.397.504	1.431.869	1.454.778	1.529.184
Grupo especial 21	1.728.919	1.771.434	1.799.774	1.891.823
Grupo especial 22	2.128.957	2.181.313	2.216.214	2.329.558
Grupo especial 23	2.554.811	2.617.636	2.659.516	2.795.533
Grupo especial 24	2.932.856	3.004.974	3.053.055	3.209.199

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.5. OTROS SERVICIOS PROFESIONALES INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS DIARIOS:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Se autoriza un tope máximo por cada visita diaria en tratamiento quirúrgico, no quirúrgico u obstétrico por beneficiarios	61.589	63.104	64.115	67.392

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

EL SENA reconocerá y pagará solo hasta una visita diaria por cada uno de los especialistas a los pacientes hospitalizados, siempre y cuando ésta fuere realizada efectivamente y de su resultado quede oportuna anotación en la historia clínica.

Los profesionales tratantes deberán realizar por lo menos una visita diaria de control a los pacientes hospitalizados que se encuentren en estado crítico. En tales casos el SENA reconocerá y pagará hasta dos (2) controles diarios que se realicen efectivamente, durante los cinco (5) días primeros del estado o condición crítica.

1.2.6. CONSULTA PREANESTÉSICA

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Se autoriza un tope máximo por cada Consulta pre anestésica que el beneficiario requiera por este concepto hasta	43.993	45.074	45.797	48.139

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.7. SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Grupo 01	41.939	42.970	43.659	45.891
Grupo 02	65.402	67.011	68.081	71.563
Grupo 03	97.957	100.367	101.973	107.186
Grupo 04	139.458	142.887	145.172	152.599
Grupo 05	177.591	181.959	184.869	194.326
Grupo 06	201.929	206.893	210.204	220.952
Grupo 07	236.242	242.051	245.924	258.501
Grupo 09	289.475	296.591	301.335	316.747
Grupo 09	350.917	359.546	365.298	383.982
Grupo 10	412.361	422.500	429.258	451.213
Grupo 11	482.747	494.620	502.532	528.234
Grupo 12	538.033	551.263	560.084	588.729
Grupo especial 20	698.753	715.937	727.392	764.593
Grupo especial 21	864.460	885.718	899.890	945.913
Grupo especial 22	1.064.479	1.090.657	1.108.105	1.164.779
Grupo especial 23	1.277.406	1.308.818	1.329.759	1.397.766
Grupo especial 24	1.466.429	1.502.486	1.526.527	1.604.598

El servicio de ayudantía quirúrgica se pagará únicamente en las intervenciones quirúrgicas cuando para su realización se requiera de este recurso; las tarifas corresponden al servicio total, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.8. PARA EL MÉDICO COMPLEMENTARIO

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Se autoriza un tope máximo por médico complementario que el beneficiario requiera por este concepto hasta	61.589	63.104	64.115	67.392

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2 9. POR ANESTESIÓLOGO

En los servicios profesionales del anestesiólogo el tope máximo a reconocer para el beneficiario será:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Anestesia Grupo 01	63.909	65.480	66.526	68.622
Anestesia Grupo 02	99.661	102.112	103.744	107.012
Anestesia Grupo 03	149.269	152.938	155.385	160.280
Anestesia Grupo 04	212.505	217.732	221.214	228.182
Anestesia Grupo 05	270.604	277.259	281.696	290.567
Anestesia Grupo 06	307.698	315.266	320.311	330.397
Anestesia Grupo 07	359.986	368.838	374.741	386.543
Anestesia Grupo 08	441.102	451.950	459.180	473.643
Anestesia Grupo 09	534.728	547.879	556.644	574.177
Anestesia Grupo 10	628.359	643.808	654.110	674.713
Anestesia Grupo 11	735.616	753.704	765.765	789.882
Anestesia Grupo 12	819.860	840.021	853.461	880.340
Anestesia Grupo especial 20	1.064.766	1.090.949	1.108.405	1.143.316
Anestesia Grupo especial 21	1.317.272	1.349.665	1.371.259	1.414.449
Anestesia Grupo especial 22	1.622.065	1.661.954	1.688.545	1.741.727
Anestesia Grupo especial 23	1.946.521	1.994.389	2.026.299	2.090.119
Anestesia Grupo especial 24	2.234.557	2.289.505	2.326.137	2.399.403

El servicio de anestesiólogo se pagará únicamente en las intervenciones quirúrgicas cuando para su realización se requiera de este recurso. Las tarifas corresponden al servicio total, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.10. POR JUNTAS MÉDICAS:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Se autoriza un tope máximo de Junta Médico Quirúrgica (cada especialista por reunión) para el beneficiario hasta	43.993	45.074	45.797	48.139

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.3. AMBULANCIA:

Para traslado en ambulancia de tipo ambulatorio pertinente (casos de urgencia vital o limitación física comprobada por el médico general del SENA) se reconocen los siguientes topes a beneficiarios:

AMBULANCIA, VALOR DIARIO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Se autoriza un tope máximo por cada traslado en ambulancia que el beneficiario requiera por este concepto	318.121	323.905	329.687	341.862

El valor máximo a reconocer al servicio de ambulancia se pagará de acuerdo a las tarifas pactadas al momento de la contratación, según nivel de complejidad, las cuales no deberán superar las estipuladas en el Manual Tarifas del Instituto de Seguros Sociales del año 2001, plena o incrementadas hasta en el porcentaje estipulado en el capítulo I, de acuerdo a los servicios de hospitalización de la presente resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades prestadoras de servicios de salud contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

2. OTROS RECONOCIMIENTOS VALOR ANUAL:

Otros Reconocimientos	Categorías A-B-C-D (valor en $)
Aparatos ortopédicos-anual, hasta	473.191
Silla de ruedas permanente, hasta	1.043.804
Lentes intraoculares en catarata cada uno, hasta	570.613
Audífonos-cada uno, hasta	1.043.804
Por zapatos ortopédicos, tenis ortopédicos y/o plantillas anualmente, hasta	292.265
Monturas y Lentes anual, hasta	347.935
Lentes de Contacto. Se reconocerá por cada uno en caso de que sea la única forma de tratamiento posible recomendado por el especialista, hasta	306.182
Exámenes Y Procedimientos: Las tarifas establecidas para exámenes y procedimientos serán las pactadas al momento de la contratación, las cuales no deberán superar las estipuladas en el Manual Tarifas del Instituto de Seguros Sociales del año 2001 plena o incrementadas hasta en el porcentaje estipulado en el Capítulo I de la presente resolución.	
Medicamentos: Los medicamentos que se prescriban para el tratamiento del paciente, se pagarán de acuerdo al precio pactado en la contratación de cada regional y estarán incluidos dentro del tope anual de tratamiento ambulatorio por beneficiario.	

ARTÍCULO SEXTO: El tope máximo anual que reconocerá el SENA por beneficiario para medicina y odontología es:

1. MEDICINA: El tope anual SENA reconocido a cada beneficiario por enfermedad COMÚN y CRÓNICA en el tratamiento ambulatorio anual, es el siguiente:

TIPO DE TRATAMIENTO	CATEGORÍA (valor en $)			
	A	B	C	D
NORMAL	3.945.756	4.042.785	4.107.468	4.313.871
CRÓNICO	5.378.058	5.510.305	5.598.470	5.879.798

Una vez superado el tope anual de tratamiento ambulatorio del paciente con patología Normal los servicios de tratamiento ambulatorio serán cancelados en su totalidad (100%) por parte del funcionario o pensionado beneficiario.

Previa certificación del médico tratante y con el visto bueno del Médico SENA, en los casos de tratamiento ambulatorio por enfermedades crónicas, como Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad de Parkinson, Cardiovasculares, Enfermedades Endocrinas, Enfermedad Pulmonar Restrictiva, Epilepsia, Enfermedades Neurológicas, Glaucoma, Rinitis Crónica, Asma, Enfermedades de origen Artrítico, Reumatológico, Artrosis, Osteoporosis, Lupus Eritematoso y Enfermedades de Alto Costo señaladas en la Resolución 2292 de 2021, o la que la modifique, derogue o actualice, cuando se supere el tope anual de tratamiento ambulatorio del paciente clasificado como crónico, la diferencia entre el valor reconocido a las entidades y profesionales contratados y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo Décimo de la presente Resolución.

2. ODONTOLOGÍA: El tope máximo anual que el SENA reconocerá a cada beneficiario por tratamiento odontológico, exceptuando la ortodoncia correctiva y ortopedia maxilar, es de $2.882.937

ARTÍCULO SÉPTIMO: ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES GERIÁTRICOS O CON DIAGNÓSTICO CÁNCER, SIDA Y ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: Considérese como la atención médica integral a los beneficiarios que por recomendación y/o prescripción médica especializada requieren hospitalización en centros especializados (Unidades de Cuidado Crónico, Centros Geriátricos). Se reconocerá anualmente como suma máxima, hasta

CATEGORÍA (Valor en $)			
A	B	C	D
5.378.058	5.510.305	5.598.470	5.879.798

PARÁGRAFO PRIMERO: Para pacientes geriátricos que requieren cuidado especial en Centros Hospitalarios especializados previa a la autorización del SENA se deberá contar con la orden del especialista (Geriatra o Internista).

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las tarifas que se cancelarán a los Hogares Geriátricos estarán reguladas según clasificación del Capítulo I de la presente resolución, de acuerdo con los servicios de baja complejidad donde está incluida la estancia. Una vez superado el tope anual la diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

ARTÍCULO OCTAVO: PRÓTESIS, VÁLVULAS Y MARCAPASOS. Los suministros de prótesis, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas), válvulas y marcapasos, utilizados en la práctica de cualquier intervención o procedimiento médico-quirúrgico y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, serán reconocidos

Hasta por el precio de factura de compra y/o de acuerdo con contratos vigentes en cada Regional. El SENA reconocerá el 100% del valor de estos conceptos.

CAPÍTULO III

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ARTÍCULO NOVENO: Las actividades de promoción y mantenimiento de la salud están dirigidas a incrementar el cuidado de la salud, mitigar los riesgos que la afectan y mejorar la adherencia a tratamientos, buscando fortalecer el autocuidado por medio de la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos que ayuden a promover y proteger la salud de acuerdo con cada curso de la vida de los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial.

PARÁGRAFO PRIMERO: El desarrollo de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud estará relacionado con el Perfil Epidemiológico de los beneficiarios, el cual debe realizar cada una de las regionales, con base en las estrategias y lineamientos señalados por el Grupo del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General del SENA, así como la normatividad interna y externa aplicable a la materia y dando prioridad al manejo integral de patologías crónicas tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 1 y 2 y Enfermedad Renal Crónica, con el fin de realizar actividades que faciliten el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, la reducción de su duración

y daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte e impactando en la calidad de vida y disminución en la progresión hacia patologías de alto costo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Del presupuesto asignado para el Servicio Médico Asistencial se destinará a nivel nacional en cada regional el 10%, para la realización de programas de promoción y prevención para los beneficiarios del SMA, establecidos en los lineamientos internos y se tendrán en cuenta los momentos del curso de vida tales como: Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez, por medio de la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación en salud.

CAPÍTULO IV

OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO DÉCIMO: La liquidación de las tarifas de medicina se efectuará por la presente resolución, y cuando se generen excedentes, por servicios prestados a los beneficiarios que superan los topes previstos en esta resolución, se liquidarán teniendo en cuenta el salario devengado por el funcionario o mesada del pensionado de la siguiente forma:

Hasta cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales devengados: 4% a cargo del servidor público o pensionado y 96% a cargo del SENA.

Más de cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales devengados: 8% a cargo del servidor público o pensionado y 92% a cargo del SENA.

El plazo máximo para el pago de los excedentes será de hasta treinta y seis (36) meses, para empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados de la entidad.

PARÁGRAFO PRIMERO: El valor base para liquidación de excedentes a cargo de los pensionados será el valor total de su mesada pensional, es decir la suma de la mesada reconocida por las Administradoras de Fondos de Pensiones o Colpensiones, más el valor a cargo del SENA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para el año 2022, desde la fecha de entrada en vigencia de esta Resolución, los límites máximos para el cobro de excedentes generados por concepto de tratamiento ambulatorio y para cada beneficiario del Servicio Médico Asistencial del SENA son los siguientes:

1. $5.569.737 anuales, para cada beneficiario cuyo servidor público por el cual está afiliado tenga una asignación mensual equivalente a cinco (5) o más SMLMV.

2. $5.235.737 anuales, para cada beneficiario cuyo servidor público por el cual está afiliado tenga una asignación mensual inferior a cinco (5) SMLMV.

El límite indicado en los dos numerales anteriores se incrementará y actualizará automáticamente cada año, con el mismo porcentaje del IPC certificado por el DANE al 31 de diciembre del año anterior

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: REEMBOLSOS. Se autorizará el reembolso cuando la(s) cuantía(s) sea(n) superior(es) al 5% del salario mínimo legal vigente y el respectivo bien o servicio no este contratado, así como en casos de urgencias certificadas por el especialista o en su defecto por la entidad hospitalaria.

Toda solicitud de reembolso debe ser presentada con los respectivos soportes dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que el funcionario o el beneficio pago el bien o servicio, previo visto bueno del médico/odontólogo del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General o Regional respectiva.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: Las exclusiones contempladas en el Acuerdo 30 de 1988 continúan vigentes.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: Las tarifas reconocidas en esta resolución aplicarán únicamente para los contratos que se suscriban a partir de la fecha de su expedición. La Secretaría General gestionará los ajustes técnicos y administrativos necesarios para la aplicación de esta resolución.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: A partir del año 2023, las tarifas y topes se ajustarán automáticamente el 1° de enero de cada año, con el IPC de Salud o IPC general, según el que sea mayor en la respectiva vigencia, certificado por el DANE para el 31 de diciembre del año anterior.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: La presente resolución rige a partir de su fecha de publicación y deroga las disposiciones del SENA que le sean contrarias, en particular las Resoluciones 1682 de 2016, 1-2181 de 2019 y 1-00951 de 2021

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C. el 24 MAY 2022

Carlos Mario Estrada Molina
Director General

Vo.Bo.: Carlos Andrés Roldán, asesor despacho dirección general
Vo.Bo.: Verónica Ponce, secretaria general del SENA
Vo.Bo.: Oscar Julián Castaño Barreto, director jurídico del SENA
Revisó: Hernando Guerrero Guio, Profesional G10 - secretaria general
Revisó: Gloria Acosta Contreras, Coordinadora Grupo Conceptos y Producción Normativa del SENA – DJ
Proyectó: Alexander Ramírez Medina, Coordinador Grupo de Gestión del Servicio Médico Asistencial del SENA