

## RESOLUCIÓN 1684 DE 2013

(octubre 11)

<Fuente: Archivo interno entidad emisora>

### SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

<NOTA DE VIGENCIA : Resolución derogada por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016>

Por la cual se modifican las Tarifas y Topes de Prestación de Servicios Médicos y Odontológicos, para el Servicio Médico Asistencial del SENA

#### Resumen de Notas de Vigencia

##### NOTAS DE VIGENCIA:

- Resolución derogada por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'
- Modificada por la Resolución [2416](#) de 5 de noviembre de 2014, 'por la cual se modifican las Tarifas y Topes de Prestación de Servicios Médicos y Odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA'
- Modificada por la Resolución [2327](#) de 23 de diciembre de 2013, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA.'

#### LA DIRECTORA GENERAL DEL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA

En uso de sus facultades legales y estatutarias, en especial las conferidas por 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 los 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 vigentes, 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, determina que los familiares que dependen 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 reconocida 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 odontológicos y cirujano 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. [1595](#) del 21 de mayo de 2010, mediante la cual modificó las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA.

Que la Junta Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial realizó un estudio de las condiciones tarifarias de cada ciudad, partiendo de un comparativo de mercado de salud enviado por cada sede del Servicio Médico Asistencial del SENA y bajo el acompañamiento de servidores públicos y equipo médico/odontológico de la Regional Distrito Capital.

Que la Secretaría General del SENA contrató los servicios profesionales para que apoyara la revisión y orientación de las tarifas recomendadas por la Junta Administradora Nacional, encontrando que se hace necesario actualizar las tarifas y topes reconocidos a beneficiarios del Servicio Médico Asistencial.

Que de acuerdo con los valores identificados como cancelados por el SMA del SENA a través de diferentes metodologías de reconocimiento de servicios, se hace necesario dar continuidad al esquema de 4 categorías, establecido en la Resolución [1595](#) de 2010, de conformidad con la oferta de servicios en las diferentes regionales del país.

Que la Junta Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial, luego de analizar los resultados del estudio realizado por el equipo conformado por personal administrativo asistencial médico - odontológico de las regionales Distrito Capital, Cundinamarca y la Dirección General,

y con la información recibida de algunas regionales, recomendó al Director General del SENA modificar las tarifas y los topes a reconocer para la red de prestadores de servicios de salud a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial en el área de Medicina y Odontología, según consta en el Acta No 05 de 19 de Diciembre de 2012 suscrita con Sindesena y Sintrasena, el Acta 01 de 25 de enero 2013 suscrita con Sindesena y Sintrasena, y el Acta 01 de 2013 suscrita con Setrasena.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPITULO I.

TARIFAS.

ARTÍCULO 1o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016. Artículo modificado por el artículo [1](#) de la Resolución 2416 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:>  
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, Quindío, 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, zonas de Urabá, Buenaventura, Barrancabermeja, Málaga, San Gil y Vélez. Las tarifas para habitación hospitalaria y Unidad de Cuidad Intensivo de la Regional Valle serán SOAT

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'
- Artículo modificado por el artículo [1](#) de la Resolución 2416 de 5 de noviembre de 2014, 'por la cual se modifican las Tarifas y Topes de Prestación de Servicios Médicos y Odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA'
- Artículo modificado por el artículo [1](#) de la Resolución 2327 de 23 de diciembre de 2013, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA.'

Legislación Anterior

Texto con la modificación introducida por la Resolución 2327 de 2013:

ARTÍCULO 1o. 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, Quindío, 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, zonas de Urabá, Buenaventura y Barrancabermeja. Las tarifas para habitación hospitalaria y Unidad de Cuidado Intensivo de la Regional Valle serán SOAT.

Texto original de la Resolución 1684 de 2013:

ARTÍCULO 1o.

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

Categoría D: Regionales Amazonas, Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Caldas, Guaviare, Huila, Putumayo, Guainía, Vichada, Casanare, Caquetá, Choco, Meta, Nariño, Norte de Santander, San Andrés Islas, Sucre, Vaupés, zonas de Urabá, Buenaventura y Barrancabermeja. Las tarifas para habitación hospitalaria y Unidad de Cuidado Intensivo de la Regional Valle serán SOAT.



ARTÍCULO 2o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> Establézcanse 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:

- a) Laboratorio clínico: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 44%.
- b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos: ISS 2001, incrementado máximo hasta el 51%, según nivel de complejidad del prestador.
- c) Ayudas diagnósticas de imagenología según nivel tecnológico: ISS 2001, incrementado máximo hasta el 60%.
- d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual señalado en artículo [tercero](#) de la presente resolución, para consultas de medicina especializada y sub-especializada y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 49%, 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: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 44%.
- b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 55%, según nivel de complejidad del prestador.
- c) Ayudas Diagnósticas de imagenología según nivel tecnológico: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 66%.
- d) Tratamiento Ambulatorio según valor puntual presentado en artículo [tercero](#) de la presente resolución para consultas de medicina especializada y sub-especializada, y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 55%, 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: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 44%.
- b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 66%, según nivel de complejidad del prestador.
- c) Ayudas Diagnósticas de imagenología: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 77%, 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 sub-especializada y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 55%, acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría D: Las tarifas autorizadas para contratar referentes para estas Regionales, son el Manual Tarifario SOAT vigente, por 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 por las condiciones sociales, económicas y de orden público.

PARAGRAFO. 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.

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

ARTÍCULO 3o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> 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:

a. ACTIVIDADES AMBULATORIAS

| Actividades Ambulatorias  | Categorías A-B-C-D (valor en \$) |
|---|----------------------------------|
| Consulta Externa Especializada, hasta   | 54.000                           |
| Consulta Externa Sub-especializada, hasta   | 70.000                           |
| Consulta ambulatoria de medicina general para Regionales que no tengan Médico General dentro de las instalaciones SENA, hasta   | 28.000                           |
| Sesión con médico psiquiatra o psicoanalista hasta  | 54.000                           |
| Control con especialistas hasta   | 40.000                           |
| Consulta con optómetra, ortoptista, terapeuta o nutricionista hasta   | 30.000                           |
| Sesiones con optómetra, ortoptista, terapeuta o nutricionista hasta   | 30.000                           |
| Consulta con psicólogo hasta  | 28.000                           |
| Sesión con psicólogo hasta  | 28.000                           |
| Sesiones terapias respiratorias hasta   | 21.000                           |
| Nebulización con medicamento hasta  | 17.500                           |
| Visita Domiciliaria Medico General: Se autoriza únicamente en aquellos casos donde el paciente no se pueda desplazar al consultorio, previa certificación del especialista o médico tratante hasta  | 40.000                           |
| Fisioterapias y/o terapias a domicilio hasta  | 35.000                           |
| Médico especialista domiciliario hasta  | 70.000                           |
| Auxiliar de Enfermera cuando se requiera por orden del médico tratante contratado con visto bueno del médico general  | 35.000                           |
| Suministro de Oxígeno (Mes) hasta   | 230.000                          |
| 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 <a href="#">primero</a> 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 de beneficiario. | -                                |

PARAGRAFO 1o. El máximo de tarifas a reconocer a los profesionales contratados al 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.

PARAGRAFO 2o. Las tarifas a reconocer a las entidades hospitalarias contratadas por tratamiento ambulatorio, serán las 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.

PARAGRAFO 3o. 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.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

ARTÍCULO 4o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016>  
Establézcanse las siguientes tarifas odontológicas máximas como referentes de contratación y 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 ODONTOLOGICO                                    | (valor en \$) hasta |
|---|---------------------|
| Consulta Odontólogo General                                 | 25.000              |
| Consulta Odontólogo Especialista                            | 35.000              |
| Consulta Urgencias  | 50.000              |
| Control   | 20.000              |
| <b>RADIOLOGIA</b>   |                     |
| Periapical y Coronal  | 7.126               |
| Oclusal   | 16.444              |
| Panorámica  | 16.444              |
| Perfil  | 17.541              |
| A.T.M.  | 27.407              |
| Fotografía Clínica  | 13.156              |
| 5 fotos   | 54.815              |
| Paquete Ortodoncia<br>(panorámica-perfil-modelos y 5 fotos) | 98.667              |
| Paquete Ortopedia<br>(panorámica-perfil- modelos)           | 65.778              |
| <b>OPERATORIA</b>   |                     |
| Obturación 1 superficie Amalgama                            | 19.185              |
| Superficie adicional  | 12.607              |
| Obturación 1 superficie Resina                              | 27.407              |
| Superficie adicional  | 17.541              |
| Colocación Pin Milimétrico                                  | 19.733              |
| Reconstrucción Angulo Incisal (Forma Plástica)              | 69.067              |
| Obturación una Superficie en Ionomero                       | 25.763              |
| Superficie adicional  | 17.541              |
| Reconstrucción tercio incisal con Resina de<br>Fotocurado   | 93.185              |
| Frente estético por diente                                  | 97.570              |
| <b>ENDODONCIA</b>   |                     |

|   |         |
|---|---------|
| Blanqueamiento Dental   | 38.370  |
| Uniradicular (Incluido Rx) Diente Permanente  | 131.555 |
| Birradicular (Incluido Rx) Diente Permanente  | 186.370 |
| Multirradicular (Incluye Rx) Diente Permanente  | 241.185 |
| Apexificación y/o Apexicogenesis con MTA  | 164.444 |
| Apicectomia Dientes Uniradulares  | 87.704  |
| Apicectomia Dientes Birradiculares  | 120.592 |
| Obturación via apical en Anteriores   | 76.741  |
| Obturación via apical en Premolares   | 98.667  |
| Biopulpectomia en anteriores y posteriores  | 38.370  |
| Retratamiento Diente Uniradicular   | 164.444 |
| Retratamiento Diente Birradicular   | 219.259 |
| Retratamiento Diente Multirradicular  | 274.074 |
| Cirugía Apical  | 306.963 |
| <b>ODONTOPEDIATRIA</b>  |         |
| Sesión de Adaptación  | 21.926  |
| Frenectomía   | 54.815  |
| Tratamiento de Conductos Dientes Temporales   | 54.815  |
| Corona de Acero   | 43.852  |
| Corona de Policarbonato   | 43.852  |
| Exodoncia de Dientes Temporales   | 16.444  |
| Pulpotomía  | 16.444  |
| Sellante por Diente   | 16.444  |
| Fluorización y/o Profilaxis   | 32.889  |
| <b>CIRUGIA ORAL</b>   |         |
| Exodoncia Simple Uniradicular y Multirradicular   | 32.889  |
| Cirugía Diente Incluido   | 131.555 |
| Exodoncia Método Abierto  | 109.629 |
| Exodoncia Semi-Incluidos  | 109.629 |
| Exicisión Radical de Lesión Tejidos Blandos, etc.   | 98.667  |
| Capuchón Pericoronario  | 54.815  |
| Ligadura de Diente con Alambre  | 71.259  |
| Ventana Quirúrgica  | 43.852  |
| Drenaje de Absceso Dentario Intraoral   | 38.370  |
| <b>PROSTODONCIA</b>   |         |
| Prótesis Total Superior o Inferior ( uno cada 3 años)   | 416.592 |
| Prótesis Parcial Mucosoportada hasta( incluye 3 controles post-entrega de tratamiento)                          | 241.185 |
| Prescripción y Reparación de Prótesis fija o removible  | 65.778  |
| Prótesis Dentomucosoportada o combinada 1 a 5 dientes (una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)    | 296.000 |
| Prótesis Dentomucosoportada o combinada más de 5 dientes( una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento) | 328.888 |
| Por cada pieza a reemplazar   | 32.889  |



|  |         |
|--|---------|
| Corona Completa Metal- Porcelana (garantía de 2 años con cumplimiento de recomendaciones por parte del paciente) | 383.703 |
| Núcleo en Metal  | 98.667  |
| Placa Neuromiorelajante  | 131.555 |
| Temporalización  | 54.815  |
| Modelo de Estudio  | 27.407  |
| Incrustación en Metal  | 179.792 |
| Tallado Selectivo  | 54.815  |
| Rebase de Prótesis Dental Acrílica   | 109.629 |
| Retiro de Prótesis Fija sobre Pilar  | 54.815  |
| Reconstrucción de Muñón en Ionómero  | 93.185  |
| <b>PERIODONCIA</b>   |         |
| Férula Superior o Inferior por Cuadrante   | 76.741  |
| Gingivectomía y Gingivoplastia por Cuadrante   | 93.185  |
| Raspado y Alisado Radicular por Cuadrante  | 87.704  |
| Curetaje a Campo Abierto por Cuadrante   | 98.667  |
| Curetaje a Campo Cerrado por Cuadrante   | 87.704  |
| Injerto Óseo de 1 o más Paredes y/o Injerto  | 87.704  |
| Colgajo Posicionado Lateral y/o Apical   | 100.859 |
| Detartraje Supra y Subgingival por Cuadrante   | 43.852  |
| <b>ORTODONCIA CORRECTIVA</b>   |         |
| Cuota Inicial  | 438.518 |
| Segundo Pago   | 350.814 |
| Tercer Pago  | 438.518 |
| Cuarto Pago  | 526.222 |
| Placas de Hawley   | 142.518 |
| <b>ORTOPEDIA MAXILAR</b>   |         |
| Plano Inclinado  | 98.667  |
| Arco Lingual   | 98.667  |
| Mantenedor de Espacio Removible  | 142.518 |
| Mantenedor de Espacio Fijo Unilateral  | 87.704  |
| Placa para Corrección de Hábito  | 109.629 |
| Botón de Nance   | 109.629 |
| Placa de Hawley con o sin Aditamentos  | 142.518 |
| Activador  | 131.555 |
| Aparatos Extraorales   | 142.518 |
| Spring a Liner   | 109.629 |
| Placa Circunferencial con Banda Vestibular   | 131.555 |
| Mentonera Mascara Facial   | 153.481 |
| Traxión Extraoral  | 208.296 |
| Quad Helix (Incluye Bandas)  | 219.259 |
| Mascara Facial   | 197.333 |
| Disyuntor Hírax  | 208.296 |
| Placa Eishler  | 131.555 |

Frankell III Bimble Klamp Bionator (Activador) SN  
Pistas Clase II y III

|         |
|---------|
| 263.111 |
| 219.259 |

PARAGRAFO 1o. 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 autorizada 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.

PARAGRAFO 2o. 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 certifique 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.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

#### Concordancias

Circular SENA [142](#) de 2013

## CAPITULO II.

### TOPES RECONOCIDOS A BENEFICIARIOS.



ARTÍCULO 5o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016>  
Establézcanse los siguientes topes máximos a reconocer para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA:

#### HOSPITALIZACION

##### 1.1 TOPES HOSPITALARIOS:

| SERVICIO                              | CATEGORIA   |         |         |         |
|---------------------------------------|---|---------|---------|---------|
|                                       | El tope máximo diario a reconocer para el beneficiario será de: (Valor en \$) |         |         |         |
| A                                     | B   | C       | D       |         |
| Habitación hospitalaria               | 141.970   | 145.149 | 148.329 | 151.508 |
| Unidad de cuidado intensivo           | 545.187   | 557.137 | 568.977 | 580.927 |
| Unidad de cuidado intermedio          | 545.187   | 557.137 | 568.977 | 580.927 |
| Unidad de cuidado intensivo pediatría | 545.187   | 557.137 | 568.977 | 580.927 |
| Incubadora                            | 161.046   | 163.896 | 166.856 | 169.816 |
| Urgencias                             | 168.829   | 171.899 | 174.969 | 178.038 |

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 QUIRURGICOS:

###### 1.2.1 DERECHO SALA DE CIRUGÍA:

| GRUPO             | CATEGORIA (valor en \$) |           |           |           |
|-------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
|                   | A                       | B         | C         | D         |
| Grupo 01          | 40.700                  | 41.701    | 42.367    | 43.702    |
| Grupo 02          | 63.469                  | 65.030    | 66.070    | 68.151    |
| Grupo 03          | 95.062                  | 97.399    | 98.957    | 102.074   |
| Grupo 04          | 135.334                 | 138.663   | 140.880   | 145.318   |
| Grupo 05          | 172.334                 | 176.573   | 179.398   | 185.048   |
| Grupo 06          | 195.958                 | 200.777   | 203.990   | 210.414   |
| Grupo 07          | 229.257                 | 234.895   | 238.654   | 246.170   |
| Grupo 08          | 280.916                 | 287.825   | 292.429   | 301.640   |
| Grupo 09          | 340.542                 | 348.917   | 354.499   | 365.665   |
| Grupo 10          | 400.170                 | 410.010   | 416.570   | 429.691   |
| Grupo 11          | 468.477                 | 479.997   | 487.678   | 503.037   |
| Grupo 12          | 522.128                 | 534.968   | 543.527   | 560.645   |
| Grupo especial 21 | 678.097                 | 694.771   | 705.888   | 728.121   |
| Grupo especial 22 | 838.905                 | 859.534   | 873.287   | 900.792   |
| Grupo especial 23 | 1.033.013               | 1.058.416 | 1.075.350 | 1.109.219 |
| Grupo especial 24 | 1.239.643               | 1.270.127 | 1.290.449 | 1.331.093 |
| Grupo especial 25 | 1.423.078               | 1.458.072 | 1.481.401 | 1.528.060 |

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por el “Derecho de Sala de Cirugía” 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.

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

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

| GRUPO  | CATEGORIA (valor en \$) |         |         |         |
|--|-------------------------|---------|---------|---------|
|  | A                       | B       | C       | D       |
| Grupos 1 al 5, valor total hasta                 | 106.731                 | 109.355 | 111.105 | 114.604 |
| Grupos 6 al 10, valor total hasta                | 163.654                 | 167.678 | 170.361 | 175.727 |
| Grupo 11 al 12, valor total hasta                | 359.327                 | 368.163 | 374.054 | 385.835 |
| Grupos especiales de 20 al 23, valor total hasta | 426.924                 | 437.422 | 444.420 | 458.418 |

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                    | CATEGORIA<br>(valor en \$) |           |           |           |
|--------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
|                          | A                          | B         | C         | D         |
| Hasta 30 días            | 818.270                    | 838.391   | 851.806   | 878.634   |
| De 31 a 44 días Hasta    | 948.126                    | 971.441   | 986.983   | 1.018.070 |
| Si pasa de 45 días Hasta | 1.079.761                  | 1.106.313 | 1.124.014 | 1.159.415 |

En otros servicios sin cirugía están incluidos: Materiales en cirugía (material desechable), anestesia, servicio de instrumentación, 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    | CATEGORIA<br>(valor en \$) |         |         |         |
|----------|----------------------------|---------|---------|---------|
|          | A                          | B       | C       | D       |
| Grupo 01 | 50.875                     | 52.127  | 52.960  | 54.628  |
| Grupo 02 | 79.337                     | 81.288  | 82.588  | 85.190  |
| Grupo 03 | 118.827                    | 121.749 | 123.697 | 127.593 |
| Grupo 04 | 169.168                    | 173.329 | 176.101 | 181.648 |
| Grupo 05 | 215.419                    | 220.716 | 224.247 | 231.311 |
| Grupo 06 | 244.947                    | 250.970 | 254.986 | 263.018 |
| Grupo 07 | 286.573                    | 293.620 | 298.317 | 307.714 |
| Grupo 08 | 351.144                    | 359.780 | 365.535 | 377.049 |
| Grupo 09 | 425.678                    | 436.146 | 443.125 | 457.080 |
| Grupo 10 | 500.212                    | 512.512 | 520.713 | 537.113 |
| Grupo 11 | 585.597                    | 599.997 | 609.597 | 628.796 |
| Grupo 12 | 652.659                    | 668.708 | 679.408 | 700.806 |

|                   |           |           |           |           |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Grupo especial 21 | 847.621   | 868.464   | 882.359   | 910.151   |
| Grupo especial 22 | 1.048.631 | 1.074.417 | 1.091.607 | 1.125.989 |
| Grupo especial 23 | 1.291.265 | 1.323.019 | 1.344.187 | 1.386.524 |
| Grupo especial 24 | 1.549.555 | 1.587.659 | 1.613.061 | 1.663.866 |
| Grupo especial 25 | 1.778.848 | 1.822.590 | 1.851.752 | 1.910.075 |

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  | CATEGORIA<br>(valor en \$) |        |        |        |
|--|----------------------------|--------|--------|--------|
|  | B                          | C      | D      |        |
| A<br>Se autoriza un tope máximo por cada visita diaria en tratamiento quirúrgico, no quirúrgico u obstétrico por beneficiarios | 37.356                     | 38.275 | 38.887 | 40.111 |

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 esta 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   | CATEGORIA<br>(valor en \$) |        |        |        |
|---|----------------------------|--------|--------|--------|
|   | B                          | C      | D      |        |
| A<br>Se autoriza un tope máximo por cada Consulta pre anestésica que el beneficiario requiera por este concepto hasta | 26.683                     | 27.339 | 27.777 | 28.652 |

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             | CATEGORIA     |         |         |         |
|-------------------|---------------|---------|---------|---------|
|                   | (valor en \$) |         |         |         |
| A                 | B             | C       | D       |         |
| Grupo 01          | 25.437        | 26.063  | 26.480  | 27.314  |
| Grupo 02          | 39.668        | 40.644  | 41.294  | 42.594  |
| Grupo 03          | 59.414        | 60.875  | 61.849  | 63.797  |
| Grupo 04          | 84.585        | 86.665  | 88.051  | 90.825  |
| Grupo 05          | 107.714       | 110.363 | 112.128 | 115.660 |
| Grupo 06          | 122.475       | 125.486 | 127.494 | 131.509 |
| Grupo 07          | 143.287       | 146.810 | 149.160 | 153.857 |
| Grupo 08          | 175.573       | 179.890 | 182.768 | 188.524 |
| Grupo 09          | 212.840       | 218.074 | 221.562 | 228.541 |
| Grupo 10          | 250.107       | 256.257 | 260.356 | 268.556 |
| Grupo 11          | 292.798       | 299.999 | 304.798 | 314.399 |
| Grupo 12          | 326.331       | 334.355 | 339.705 | 350.404 |
| Grupo especial 21 | 423.811       | 434.233 | 441.181 | 455.076 |
| Grupo especial 22 | 524.316       | 537.210 | 545.805 | 562.996 |
| Grupo especial 23 | 645.633       | 661.510 | 672.093 | 693.262 |
| Grupo especial 24 | 774.778       | 793.830 | 806.531 | 831.933 |
| Grupo especial 25 | 889.424       | 911.295 | 925.876 | 955.037 |

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   | CATEGORIA     |        |        |        |
|---|---------------|--------|--------|--------|
|   | (valor en \$) |        |        |        |
| A   | B             | C      | D      |        |
| Se autoriza un tope máximo por medico complementario que el beneficiario requiera por este concepto hasta | 37.356        | 38.275 | 38.887 | 40.111 |

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 ANESTESIOLOGO:

Servicios profesionales del anestesiólogo; el tope máximo a reconocer para el beneficiario será:

| GRUPO   | CATEGORIA     |           |           |           |
|---|---------------|-----------|-----------|-----------|
|   | (valor en \$) |           |           |           |
| A   | B             | C         | D         |           |
| Grupo 01                                      | 35.613        | 36.489    | 37.072    | 38.240    |
| Grupo 02                                      | 55.536        | 56.902    | 57.812    | 59.633    |
| Grupo 03                                      | 83.179        | 85.225    | 86.589    | 89.315    |
| Grupo 04                                      | 118.417       | 121.330   | 123.271   | 127.154   |
| Grupo 05                                      | 150.793       | 154.501   | 156.973   | 161.917   |
| Grupo 06                                      | 171.464       | 175.680   | 178.491   | 184.113   |
| Grupo 07                                      | 200.600       | 205.533   | 208.822   | 215.399   |
| Grupo 08                                      | 245.800       | 251.845   | 255.874   | 263.933   |
| Grupo 09                                      | 297.974       | 305.302   | 310.187   | 319.956   |
| Grupo 10                                      | 350.148       | 358.758   | 364.498   | 375.979   |
| Grupo 11                                      | 409.918       | 419.997   | 426.717   | 440.157   |
| Grupo 12                                      | 456.861       | 468.096   | 475.586   | 490.565   |
| Grupo especial 21                             | 593.336       | 607.926   | 617.653   | 637.106   |
| Grupo especial 22                             | 734.043       | 752.092   | 764.126   | 788.193   |
| Grupo especial 23                             | 903.886       | 926.113   | 940.931   | 970.566   |
| Grupo especial 24                             | 1.084.688     | 1.111.361 | 1.129.142 | 1.164.706 |
| Grupo especial 25                             | 1.245.194     | 1.275.813 | 1.296.226 | 1.337.052 |
| Anestesia más de tres horas Grupo 01          | 40.700        | 41.701    | 42.367    | 43.702    |
| Anestesia más de tres horas Grupo 02          | 63.469        | 65.030    | 66.070    | 68.151    |
| Anestesia más de tres horas Grupo 03          | 95.062        | 97.399    | 98.957    | 102.074   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 04          | 135.334       | 138.663   | 140.880   | 145.318   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 05          | 172.334       | 176.573   | 179.398   | 185.048   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 06          | 195.958       | 200.777   | 203.990   | 210.414   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 07          | 229.257       | 234.895   | 238.654   | 246.170   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 08          | 280.916       | 287.825   | 292.429   | 301.640   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 09          | 340.542       | 348.917   | 354.499   | 365.665   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 10          | 400.170       | 410.010   | 416.570   | 429.691   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 11          | 468.477       | 479.997   | 487.678   | 503.037   |
| Anestesia más de tres horas Grupo 12          | 522.128       | 534.968   | 543.527   | 560.645   |
| Anestesia más de tres horas Grupo especial 01 | 678.097       | 694.771   | 705.888   | 728.121   |
| Anestesia más de tres horas Grupo especial 02 | 838.905       | 859.534   | 873.287   | 900.792   |



|  |           |
|--|-----------|
| Anestesia más de tres horas Grupo especial 1.033.013 1.058.416 1.075.350 | 1.109.219 |
| 03   |           |
| Anestesia más de tres horas Grupo especial 1.239.643 1.270.127 1.290.449 | 1.331.093 |
| 04   |           |
| Anestesia más de tres horas Grupo especial 1.423.078 1.458.072 1.481.401 | 1.528.060 |
| 05   |           |

El servicio de anesthesiólogo 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  | CATEGORIA (valor en \$) |        |        |
|--|-------------------------|--------|--------|
|  | B                       | C      | D      |
| A  |                         |        |        |
| Se autoriza un tope máximo de Junta Médico Quirúrgica (cada especialista por reunión) para el beneficiario hasta | 26.683                  | 27.339 | 27.777 |
|  |                         |        | 28.652 |

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:   | CATEGORIA (valor en \$) |         |         |
|---|-------------------------|---------|---------|
|   | B                       | C       | D       |
| A   |                         |         |         |
| Se autoriza un tope máximo por cada traslado en ambulancia que el beneficiario requiera por este concepto hasta | 192.948                 | 196.456 | 199.964 |
|   |                         |         | 203.472 |

El valor máximo a reconocer a la 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 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 DE TRATAMIENTO AMBULATORIO VALOR ANUAL:

| Otros Reconocimientos Ambulatorias;  | Categorías A-B-C-D (valor en \$) |
|--|----------------------------------|
| Aparatos ortopédicos-anual, hasta  | 276.000                          |
| Silla de ruedas permanente, hasta  | 500.000                          |
| Lentes infraoculares en catarata cada uno, hasta   | 330.000                          |
| Audífonos-cada uno, hasta  | 500.000                          |
| Por zapatos ortopédicos, tenis ortopédicos y/o plantillas anualmente, hasta  | 150.000                          |
| Monturas y Lentes anual, hasta   | 200.000                          |
| Lentes de Contacto. Se reconocerá por cada uno en caso de que sea la única forma de tratamiento posible recomendado por el especialista, hasta | 127.000                          |

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 1 de la presente resolución.

Medicamentos: Los medicamentos que se prescriban para el tratamiento del paciente, se pagaran de acuerdo al precio pactado en la contratación de cada regional y estarán incluidos dentro del tope anual de tratamiento ambulatorio por beneficiario.

PARAGRAFO. Para el reconocimiento de los lentes infraoculares el SENA autorizará los formulados por el médico especialista.

### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'



ARTÍCULO 6o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> 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 CRONICA en el tratamiento ambulatorio anual, es el siguiente:

| TIPO DE TRATAMIENTO | CATEGORIA (valor en \$) |           |           |           |
|---------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
|                     | A                       | B         | C         | D         |
| NORMAL              | 2.284.415               | 2.340.590 | 2.378.039 | 2.452.938 |
| CRONICO             | 3.113.653               | 3.190.218 | 3.241.262 | 3.343.349 |

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

En los casos de tratamiento ambulatorio por enfermedades CRÓNICAS: 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, Enfermedades de Alto Costo señaladas en la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de la Protección Social (previa certificación del médico tratante y con visto bueno del Médico SENA), una vez superado el tope anual de tratamiento ambulatorio anual de paciente 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. ODONTOLOGIA: El tope máximo anual que el SENA reconocerá a cada beneficiario por tratamiento odontológico, exceptuando la Ortodoncia Correctiva y Ortopedia Maxilar, es de \$1.700.000.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'



ARTÍCULO 7o. ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES GERIÁTRICOS O CON DIAGNÓSTICO CÁNCER, SIDA Y ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> 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:

#### CATEGORIA

(valor en \$)

| A         | B         | C         | D         |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 3.113.653 | 3.190.218 | 3.241.262 | 3.343.349 |

PARAGRAFO 1o. 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).

PARAGRAFO 2o. 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.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'



ARTICULO 8o. PROTESIS, VALVULAS Y MARCAPASOS. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> 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 a contratos vigentes en cada Regional.

Sobre el precio cancelado a la entidad contratada por las prótesis, el Servicio Médico Asistencial del SENA reconocerá el 95% si el funcionario devenga hasta cuatro salarios mínimos legales vigentes o el 90% si el funcionario devenga más de cuatro salarios mínimos legales vigentes. El funcionario asume el pago del 5% o 10% restante en cada caso el cual le será cobrado por el SENA una vez el prestador del servicio presente la factura o cuenta de cobro.

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

### CAPITULO III.

#### PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION.



ARTICULO 9o. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> Del presupuesto asignado para el Servicio Médico Asistencial se podrá destinar a nivel nacional en cada Regional hasta un 10%, para la realización de programas de Promoción y Prevención en las siguientes áreas:

- a) Atención materno-Infantil:, control crecimiento y desarrollo,
- b) Programas preventivos para crónicos: Cáncer, Cardiovasculares, Diabetes, Insuficiencia renal crónica.
- c) Programa para la prevención de Cáncer de Seno, Cérvix y Próstata.
- d) Fomento de estilos de vida saludables.
- e) Salud Oral: Prevención oral dentro de la consulta realizada por el odontólogo general del SENA.
- f) Programa Nacional de Educación Sexual y Reproductiva.

PARÁGRAFO 1o. Para el desarrollo de estos programas se deberá tener en cuenta el Perfil Epidemiológico de cada una de las regionales y plantear estrategias las cuales deberán ser desarrolladas por el equipo médico del SENA. Para la ejecución de programas de promoción y prevención se tendrá en cuenta la Norma Técnica para la Prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la Salud en el individuo sano mayor de 45 años, Decreto 3039 de 2007 y normas complementarias.

PARAGRAFO 2o. La anterior disposición no deroga ni modifica en parte alguna el contenido de lo dispuesto en el artículo [2o](#) del Acuerdo 011 de 2010, que establece la exclusión de tratamientos de fertilidad y cualquier tratamiento dirigido a la concepción.

Las Direcciones Regionales darán 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.

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

#### CAPITULO IV.

#### OTRAS DISPOSICIONES.



ARTICULO 10. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> 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 de la siguiente forma:

Hasta cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales devengados: 5% a cargo del servidor público o pensionado y 95% a cargo del SENA.

Más de cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales devengados: 10% a cargo del servidor público o pensionado y 90% 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.

PARAGRAFO. El salario 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 el ISS o Colpensiones mas el mayor valor a cargo del SENA.

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

ARTICULO 11. REEMBOLSOS. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> Únicamente se autorizarán cuando las cuantías sean superiores al 5% del salario mínimo legal vigente y solamente se reconocerá en casos de urgencias certificadas por los especialistas o en su defecto de la entidad hospitalaria.

Toda solicitud de reembolso debe ser legalizada dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, contados a partir de la fecha de cancelación de la misma, previo visto bueno del médico/odontólogo del Servicio Médico Asistencia] de la Dirección General o Regional respectiva.

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'



ARTICULO 12. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> Las exclusiones contempladas en el Acuerdo [30](#) de 1988 continúan vigentes.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

ARTICULO 13. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> 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.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'



ARTICULO 14. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> Las tarifas y topes de la presente resolución se ajustarán automáticamente el 1o de enero de cada año, con el IPC certificado por el DANE para el 31 de diciembre del año anterior.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'



ARTICULO 15. <Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 2016> La presente Resolución rige a partir de su fecha de publicación y deroga en su totalidad las disposiciones que le sean contrarias, en particular la Resolución [1595](#) de 2010 y sus modificaciones.

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [15](#) de la Resolución 1262 de 30 de junio de 2016, 'por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico asistencial del SENA.'

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., 11 OCT 2013

GINA MARIA PARODY D'ECHEONA

Directora General del SENA



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Sena

ISSN Pendiente

Última actualización: 20 de abril de 2024 - (Diario Oficial No. 52.716 - 3 de abril de 2024)

