

## RESOLUCIÓN 3099 DE 2008

(agosto 19)

Diario Oficial No. 47.088 de 21 de agosto de 2008

### MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**<NOTA DE VIGENCIA: Resolución derogada, salvo los artículos 1 a 8, por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013. Artículos 1 a 8 derogados por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>**

**<NOTAS DE VIGENCIA: Esta resolución fue derogada expresamente, pero luego revivió a partir de la declaratoria de INEXEQUIBILIDAD de los decretos 4975 de 2009 y 128 de 2010>**

Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela.

#### Resumen de Notas de Vigencia

##### NOTAS DE VIGENCIA:

- Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013, 'por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 49.016 de 27 de diciembre de 2013.
- Modificada por la Resolución 2729 de 2013, 'por la cual se modifica la Resolución número 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones números 3754 de 2008 y 2851 de 2012 y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 48.862 de 25 de julio de 2013.
- Modificada por la Resolución 2482 de 2013, 'por la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.848 de 11 de julio de 2013.
- Resolución derogada, salvo los artículos 1 a 8, por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013, 'por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 48.712 de 22 de febrero de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013.
- Modificada por la Resolución 3086 de 2012, 'por la cual se regula el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria de las víctimas del conflicto armado interno en el marco del enfoque diferencial de que trata la Ley 1448 de 2011 y los Decretos 4634, 4635 y 4800 de 2011, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fosyga', publicada en el Diario Oficial No. 48.571 de 2 de octubre de 2012
- Modificada por la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012
- Modificada por la Resolución 2492 de 2012, 'por la cual se introduce un párrafo transitorio a los artículos 17 y 23 de la Resolución número 3099 de 2008 y se modifica el formato contenido en el Anexo Técnico MYT-03', publicada en el Diario Oficial No. 48.537 de 29 de agosto de 2012
- Modificada por la Resolución 1701 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.476 de 29 de junio de 2012, 'Por la cual se deroga parcialmente la Resolución 1089 de 2011, modificada por las Resoluciones 1383 y 20 de 2011'

- Modificada por la Resolución 1153 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.434 de 18 de mayo de 2012, 'Por la cual se deroga el literal g) del artículo 11 de la Resolución 3099 de 2008, adicionado por el artículo 1o de la Resolución 782 de 2012'
- Modificada por la Resolución 782 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.410 de 23 de abril de 2012, 'Por la cual se adiciona la Resolución número 3099 de 2008, modificada en lo pertinente por las Resoluciones números 3754 de 2008, 4377 de 2010 y 1089 de 2011'
- Modificada por la Resolución 28 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.314 de 16 de enero de 2012, 'Por la cual se introduce un párrafo transitorio al artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 de 2008, 4377 de 2010, 1089, 1383, 2064, 4475, 5161 y 456 de 2011'
- Modificada por la Resolución 456 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.292 de 23 de diciembre de 2011, 'Por la cual se introduce un párrafo transitorio al Artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 de 2008, 4377 de 2010, 1089, 1383 y 2064 de 2011 y se autoriza un período excepcional de radicación de las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y Fallos de Tutela'
- Modificada por la Resolución 5161 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.239 de 31 de octubre de 2011, 'Por la cual se dictan disposiciones para las radicaciones de reclamaciones ECAT y de los recobros por beneficios extraordinarios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, que deban presentarse ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga durante los meses de octubre y noviembre de 2011'
- Modificada por la Resolución 4752 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.226 de 18 de octubre de 2011, 'Por medio de la cual se modifica la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 y 5033 de 2008, 4377 de 2010 y 1089, 1383, 2064 y 2256 de 2011'
- Modificada por la Resolución 4475 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.211 de 3 de octubre de 2011, 'Por la cual se dictan disposiciones para la radicación de las reclamaciones ECAT y de los recobros por beneficios extraordinarios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, presentados al Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga durante el mes de octubre de 2011'
- Modificada por la Resolución 2256 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.101 de 15 de junio de 2011, 'Por la cual se introduce un párrafo transitorio al artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 de 2008, 4377 de 2010, 1089, 1383 y 2064 de 2011 y se autoriza un período excepcional de radicación de las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y Fallos de Tutela'
- Modificada por la Resolución 2064 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.093 de 7 de junio de 2011, 'Por la cual se modifica y adiciona la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 y 5033 de 2008, 4377 de 2010 y 1089 de 2011'
- Modificada por la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011, 'Por la cual se modifica la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 de 2008 y 4377 de 2010'
- Modificada por la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010, 'Por la cual se modifican las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008'
- Resolución derogada por el artículo 27 de la Resolución 548 de 2010, '*por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos, se establece el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y se dictan otras disposiciones aplicables durante el período de transición de que trata el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010*', publicada en el Diario Oficial No.

47.621 de 12 de febrero de 2010.

La Resolución 548 de 2010 fue expedida en uso de las atribuciones legales conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y en desarrollo de los artículos 19 y 20 del Decreto Legislativo 128 de 2010, *'por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones'*, expedido a su vez en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto 4975 de 2009, *'por el cual se declara el Estado de Emergencia Social'*.

El Decreto 4975 de 2009 fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-252-10 de 16 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio, por lo tanto el Decreto 128 de 2010 es INEXEQUIBLE por consecuencia, tal como lo dispuso la Sentencia C-288-10 de 21 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Luis Ernesto Vargas Silva.

Por lo narrado, en criterio del editor, basado en lo dispuesto en el artículo 66 numeral 2o. del Código Contencioso Administrativo, debe entenderse que la Resolución 548 de 2010 perdió fuerza ejecutoria, por haber desaparecido sus fundamentos de derecho, a partir de la declaratoria de INEXEQUIBILIDAD de los Decretos 4975 de 2009 y 128 de 2010.

En la medida que la pérdida de fuerza ejecutoria de la Resolución 548 de 2010 se originó en la declaratoria de INEXEQUIBILIDAD de sus fundamentos de derecho, y no por efectos de una derogación de los mismos por autoridad administrativa, el editor considera que la Resolución 3099 de 2008 revivió a partir de las declaratorias de INEXEQUIBILIDAD de los decretos 4975 de 2009 y 128 de 2010.

- Modificada por la Resolución 3876 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.504 de 16 de octubre de 2009, 'Por la cual se modifica el párrafo del artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008 adicionado por el artículo 3o de la Resolución 3754 de 2008, modificado por los artículos 1o de la Resolución 5033 de 2008 y único de la Resolución 1099 de 2009'

- Modificada por la Resolución 1099 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.321 de 15 de abril de 2009, 'Por la cual se modifica el párrafo del artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008 adicionado por el artículo 3o de la Resolución 3754 de 2008 y modificado por el artículo 1o de la Resolución 5033 de 2008'

- Modificada por la Resolución 5334 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.217 de 29 de diciembre de 2008, 'Por medio de la cual se adoptan los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales, y municipales certificadas en salud'

- Modificada por la Resolución 5033 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.201 de 12 de diciembre de 2008, 'Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3754 de 2008 y se derogan unas disposiciones'

- Modificada por la Resolución 3977 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.148 de 20 de octubre de 2008, 'Por la cual se introduce un párrafo transitorio al artículo 14 de la Resolución número 3099 de 2008 y se autoriza un período excepcional comprendido entre el 21 y el 24 de octubre de 2008, para la radicación de las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela'

- Modificada por la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008, 'Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008'

## **EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,**

en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993,

### **CONSIDERANDO:**

Que conforme al artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, “cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido”;

Que la Resolución 2933 de 2006, reglamenta “los Comités Técnico-Científicos y establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y de fallos de tutela, determinando las funciones, criterios de autorización, procedimiento y excepciones de las decisiones que deben tomar los Comité Técnico-Científico”;

Que mediante Sentencia C-316 de 2008, la Corte Constitucional declaró exequible la expresión “Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga”, del literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007”;

Que mediante Sentencia C-463 de 2008, la Corte Constitucional decidió declarar exequible el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2008 <sic, es 2007> “señalando que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado podrán presentar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con la prestación de servicios médicos –medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro–, ordenados por el médico tratante y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del Régimen Contributivo respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. En el caso del Régimen Subsidiado esta disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley 715 de 2001”;

En mérito de lo expuesto,

## **RESUELVE:**

### **CAPITULO I.**

#### **DE LOS COMITÉS TÉCNICOS-CIENTÍFICOS.**

**ARTÍCULO 1o. INTEGRACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Las entidades administradoras de planes de beneficios, integrarán un Comité Técnico-Científico, CTC, que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, según corresponda, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, y un (1) representante de los usuarios, que tendrá las funciones que se señalan en la presente resolución.

En las IPS funcionarán los Comités de Farmacia y Terapéutica y un miembro de ellos será el representante de las IPS ante el Comité Técnico-Científico.

Los Comités Técnico-Científicos deberán integrarse en cada departamento y distrito donde estas entidades hayan sido autorizadas para funcionar por la Superintendencia Nacional de Salud. En todo caso, deberán garantizar la oportunidad y la facilidad de acceso de los afiliados al Comité.

El representante legal de cada una de las entidades administradoras de planes de beneficios, deberá reportar en debida forma a la Superintendencia Nacional de Salud el acta de conformación de los Comités, identificando sus integrantes. Así mismo, deberán reportar las sustituciones que se produzcan, identificando de la misma manera a los nuevos integrantes.



**ARTÍCULO 2o. REQUISITOS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> El representante de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá ser médico con experiencia comprobada de mínimo dos (2) años en el ejercicio profesional.

Los representantes que conforman los Comités Técnico-Científicos deberán presentar una carta de compromiso en la cual manifiesten que a partir del momento de la aceptación del cargo y hasta su retiro, no recibirán ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. Igualmente, los representantes del Comité no podrán ser representantes legales, miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. El representante de los usuarios no podrá ser empleado de la entidad administradora de planes de beneficios ni de sus filiales.



**ARTÍCULO 3o. ELECCIÓN DE LOS REPRESENTANTES.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán realizar una convocatoria abierta entre sus prestadores de servicios de salud, asociaciones de usuarios o usuarios, que permita la selección objetiva de los representantes en el Comité, garantizando la participación democrática de las entidades y los usuarios.

**PARÁGRAFO.** Los miembros del Comité serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años, pudiendo ser seleccionados nuevamente para los períodos subsiguientes. En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros, las entidades administradoras de planes de beneficios deberán designar su reemplazo en un término no mayor a un (1) mes calendario, contado a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, con la respectiva notificación a la Superintendencia Nacional de Salud.



**ARTÍCULO 4o. FUNCIONES.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> El Comité Técnico-Científico tendrá las siguientes funciones:

1. Evaluar, aprobar o desaprobar las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud manual listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS.
2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
3. Realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y negados.



**ARTÍCULO 5o. REUNIONES.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones y por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dejará constancia en un libro de actas debidamente suscritas por los miembros del Comité y foliado, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en el libro de actas.

Las actas que se generen de las reuniones del Comité deberán estar a disposición del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el momento en que estas las requieran.



**ARTÍCULO 6o. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN, APROBACIÓN O DESAPROBACIÓN.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> El Comité Técnico-Científico deberá tener en cuenta

para la evaluación, aprobación o desaprobación de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos tanto en el Manual de Medicamentos, como en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, los siguientes criterios:

a) La prescripción de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la entidad administradora de planes de beneficios. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas;

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este literal. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2008-00368-00 de 9 de diciembre de 2010, Consejero Ponente Dr. Rafael E. Ostau de Lafont Pianeta.

b) Solo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigente en el país como las expedidas por el Invima y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud;

c) La prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, será consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad contenidas tanto en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica;

d) Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.

**PARÁGRAFO.** <Parágrafo SUSPENDISO provisionalmente> En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 13 y 18 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Parágrafo SUSPENDIDO provisionalmente por el Consejo de Estado, Sección Primera, mediante Auto de 5 de marzo de 2009, Expediente No. 2008-00369-00, Consejera Ponente Dra. María Claudia Rojas Lasso.



**ARTÍCULO 7o. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, APROBACIÓN Y DESAPROBACIÓN.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Las prescripciones u órdenes médicas deberán ser presentadas al Comité por el médico tratante y se tramitarán conforme al siguiente procedimiento:

a) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente, el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada del medicamento solicitado y el nombre del medicamento en su denominación común internacional del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se remplazan o

sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis equivalentes al medicamento autorizado, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística;

b) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un servicio médico o prestación de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentada por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y la identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que se remplazan o sustituyen, equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística;

c) El Comité, dentro de la siguiente sesión a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta;

d) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán entre profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada;

e) El Comité podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el Comité Técnico-Científico nuevamente analice el caso y si la respuesta al tratamiento es favorable, determine la periodicidad con la que se continuará autorizando y suministrando el medicamento, el que en ningún caso podrá ser por tiempo indefinido.

Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales y después de haber realizado el proceso antes mencionado se les determine un tiempo de tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año, en cuyo caso el Comité Técnico-deberá hacer la evaluación por lo menos una (1) vez al año y determinar la continuidad o suspensión del tratamiento.

Una vez autorizado por parte del Comité Técnico-Científico el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad administradora de planes de beneficios deberá garantizar el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud al usuario y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el Fosyga, de conformidad con lo establecido en la presente resolución. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar el recobro ante las entidades territoriales competentes.

**PARÁGRAFO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> En el evento de que fueren autorizados medicamentos contenidos en el Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, estos no podrán ser recobrados ni serán pagados por el Fosyga.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.



#### **ARTÍCULO 8o. EXCEPCIONES. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>**

<Ver Notas del Editor> En situaciones de urgencia manifiesta, es decir, cuando esté en riesgo la vida del paciente, no aplicará el procedimiento para la autorización previsto en la presente resolución, teniendo el médico tratante la posibilidad de decidir sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización establecidos en la presente resolución.

Sin perjuicio de lo anterior, el médico tratante deberá presentar el caso ante el Comité Técnico-Científico en cualquiera de las dos (2) sesiones siguientes a la ocurrencia del hecho, quien, mediante un análisis del caso,

confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud si es del caso.

#### Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta que el Consejo de Estado, Sección Primera, mediante Sentencia de 23 de febrero de 2012, Expediente No. 2007-00003-00, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno, declaró **CONDICIONALMENTE** nula la expresión 'previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización establecidos en la presente resolución' contenida en el artículo 8 de la Resolución 2933 de 2006; en el entendido que la contradicción con el ordenamiento jurídico sólo se circunscribe a la interpretación que en aplicación del literal a) del artículo 6 de la citada Resolución y verificado el cumplimiento de los demás criterios dispuestos en dicho artículo 6°, impida en casos de urgencia la formulación de medicamentos no POS, que a criterio del médico que se ocupa de esos casos son necesarios para conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras, por el hecho de que la urgencia se atiende en una IPS no perteneciente a la red de la EPS, EOC o ARS a que está afiliado el paciente y por tanto dicha prescripción no la realiza personal autorizado por ella.

## CAPITULO II.

### **PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECOBROS AL FOSYGA POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS Y FALLOS DE TUTELA.**



**ARTÍCULO 9o. REQUISITOS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, deberán diligenciarse en el formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros" y su anexo "Relación de Solicitudes de Recobro" que se adoptan a través de la presente resolución.

Siempre que se mantengan actualizados o vigentes de acuerdo con los términos que a continuación se señalan, no requerirán acompañar a cada solicitud, los siguientes documentos:

- a) Certificado de existencia y representación legal de la administradora de planes de beneficios, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días. Este documento deberá remitirse al Ministerio de la Protección Social o a la entidad que se defina para tal efecto cada seis (6) meses o cada vez que se modifique la representación legal;
- b) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. Este poder deberá actualizarse cada vez que se modifique con ocasión de la renuncia o sustitución;
- c) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. Este documento deberá actualizarse cada vez que se presente alguna novedad, evento en el cual, deberán ser remitidos dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia de la misma;
- d) Certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación deberá actualizarse cada vez que se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud;
- e) El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.
- f) <Literal adicionado por el artículo 2 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> La certificación de cumplimiento del reporte trimestral al Sistema de Información de Precios de Medicamentos, Sismed, de los precios de compra medicamentos, expedida por el Sismed en la que se indique que el archivo fue procesado exitosamente.

#### Notas de Vigencia

- Literal adicionado por el artículo 2 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este literal, adicionado por la Resolución 4377 de 2010. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2011-00049-00 de 2 de julio de 2015, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

**PARÁGRAFO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 3 de la Resolución 4752 de 2011> Para efectos del recobro, el Fosyga-Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, debe considerar que el Plan de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, de conformidad con la normatividad vigente, incluye los medicamentos independientemente de la forma de comercialización que se utilice, genérico o de marca.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 3 de la Resolución 4752 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.226 de 18 de octubre de 2011.



**ARTÍCULO 10. REQUISITOS ESPECIALES DE LA SOLICITUD DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS Y AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO.** <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013> La solicitud de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico, debe presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el Formato “Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros” y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

- Formato de “Solicitud de Recobro por Concepto de Medicamentos, Servicios Médicos o Prestaciones de Salud no POS-CTC”, numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;
- Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se determine y concluya la autorización respectiva del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El acta deberá contener:
  - La fecha de elaboración y número del acta;
  - Los datos de identificación del afiliado o paciente;
  - El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio;
  - Un resumen de las prescripciones u órdenes médicas y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico, la fecha de las prescripciones u órdenes médicas y demás datos consignados en la misma, así como justificación del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS;
  - <Ordinal modificado por el artículo 3 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Del medicamento, servicio médico o prestación de salud no POS:

a) <Aparte tachado derogado por el artículo 7 de la Resolución 1089 de 2011> Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada, ~~identificando el código CUM completo de conformidad con la Resolución 255 de 2007 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.~~

#### Notas de Vigencia

- Aparte tachado derogado por el artículo 7 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

b) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).

c) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

d) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

e) De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS, si estos no están incluidos en el código CUPS, deberá indicarse el código interno del proveedor.

f) De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

#### Notas de Vigencia

- Ordinal v) y literales modificados por el artículo 3 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

v) Del medicamento, servicio médico o prestación de salud no POS:

a) Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada;

b) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación);

c) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis);

d) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado;

vi) La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado;

vii) La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud,

objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se remplazan o sustituyen en el Plan Obligatorio de Salud equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados o negados;

viii) En el caso de que no existan en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por el Comité Técnico-Científico debe quedar manifiesta esta situación en el Acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante;

ix) La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución, certificando que estos han sido constatados en resumen de atención o epicrisis, historia clínica del afiliado o paciente;

x) La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta;

xi) Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para el o los médico(s) integrante(s) se requiere el número del registro médico;

c) <Literal modificado por el artículo 1 de la Resolución 2729 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe cumplir los requisitos del Estatuto Tributario y especificar:

i) Nombre, tipo e identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS);

ii) Código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad de medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS);

iii) Documento del proveedor con detalle de cargos, cuando en la factura no esté pormenorizada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle, expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad recobrante podrá certificarlo;

iv) Certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), por cada usuario, cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente;

v) Certificación bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el paciente a quien le fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que la recibió;

vi) Constancia de pago. En todo caso, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán presentar las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), sin dicha constancia, siempre y cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el cual será publicado por el administrador fiduciario en la página web del Fosyga de manera semestral.

## Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2729 de 2013; Art. 3

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades administradoras de planes de beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los cobros, de que trata la Resolución número 3099 de 2008 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, los cuales habrán de

ser verificados en el proceso de auditoría integral.

Para el caso de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, en los campos de nombre o razón social y tipo e identificación del proveedor, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad administradora del plan de beneficios utilizó para la nacionalización del producto.

Cuando se evidencien disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades, situación que para efecto del recobro, deberá ser certificada por un médico de la EPS mediante documento anexo.

Para efectos del recobro por medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suministradas por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

#### Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 1 de la Resolución 2729 de 2013, 'por la cual se modifica la Resolución número 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones números 3754 de 2008 y 2851 de 2012 y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 48.862 de 25 de julio de 2013.
- Literal c) modificado por el artículo 1 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.
- Literal c) modificado por el artículo 1 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Concordancias

Decreto 347 de 2013; Art. 4o. Par.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 2851 de 2012:

c) <Literal modificado por el artículo 1 de la Resolución 2851 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario y la constancia de cancelación.

La factura o documento equivalente, debe identificar:

- La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);
- La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- Código, descripción, valor unitario y total;
- Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- Valor unitario;
- Valor Total.

Adicionalmente, al presentar las solicitudes de recobro de medicamentos importados por las EPS, por las cajas de compensación, las que incluyen facturas de tratamientos de más de un afiliado y de medicamentos, servicios

médicos o prestaciones de salud adquiridos al por mayor, se deben considerar los siguientes requisitos, según sea el caso:

i) Si el medicamento suministrado fue importado por la entidad recobrante, en los campos del NIT y nombre del proveedor de que trata el formato MYT 01, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la EPS utilizó para la nacionalización del producto;

ii) Para efectos del recobro de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, prestados por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el NIT de la respectiva Caja de Compensación;

iii) Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

iv) En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud.

Tratándose de medicamentos NO POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria, esto es, aquel que sea suministrado sin necesidad de internación u hospitalización del paciente, no constituirá requisito para la presentación de la cuenta, la constancia de cancelación de la factura de venta o documento equivalente de que trata el presente literal, siempre que los proveedores de dichos medicamentos hayan facturado a las entidades administradoras de planes de beneficios en conjunto, más de dos mil millones de pesos (\$2.000.000.000) m/cte.

Los proveedores serán identificados con base en el valor aprobado a las EPS por concepto de medicamentos NO POS suministrados de forma ambulatoria de las solicitudes presentadas en el penúltimo periodo con resultado de auditoría integral, lo anterior será certificado por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga.

En todo caso, las entidades administradoras de Planes de Beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, de que trata la Resolución número 3099 de 2008 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, los cuales habrán de ser verificados en el proceso de auditoría integral.

**Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:**

c) <Literal modificado por el artículo 1 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 817 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:

i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);

ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;

iii) Código, descripción, valor unitario y total;

iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;

v) Valor unitario;

vi) Valor Total.

Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.

En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud;

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:

i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);

ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;

iii) Código, descripción, valor unitario y total;

iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;

vi) Valor unitario;

vii) Valor total.

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.

En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud;

d) Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el Capítulo IV del Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen;

e) Documento que evidencie la entrega de medicamento, servicio médico o prestación de salud:

i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido;

ii) En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias;

iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

f) <Literal derogado por el artículo 1 de la Resolución 4752 de 2011>

**Notas de Vigencia**

- Literal derogado por el artículo 1 de la Resolución 4752 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.226 de 18 de octubre de 2011.

- Literal modificado por el artículo 4 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

- Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

##### Texto modificado por la Resolución 4377 de 2010:

f) <Literal modificado por el artículo 4 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> En el evento de que el medicamento no contenido en el listado vigente no sea prescrito en la denominación común internacional, tal como lo prescribe el artículo 16 del Decreto 2200 de 2005 y los artículos 38 y 42 del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES y demás normas que los modifiquen, deberá acompañarse de la justificación de la necesidad médica del medicamento en su denominación de marca cuando la autorización cumpla con las condiciones de calidad, seguridad y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente. Copia de esta justificación deberá remitirse al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, salvo cuando el medicamento de marca prescrito corresponda al único principio activo disponible.

##### Texto adicionado por la Resolución 3754 de 2008:

f) <Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Justificación de la necesidad médica del medicamento en su denominación de marca cuando la autorización cumpla con las condiciones de la determinación de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente.

g) <Literal derogado por el artículo 1 de la Resolución 4752 de 2011>

#### Notas de Vigencia

- Literal derogado por el artículo 1 de la Resolución 4752 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.226 de 18 de octubre de 2011.

- Literal adicionado por el artículo 5 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Legislación Anterior

##### Texto adicionado por la Resolución 4377 de 2010:

g) <Literal adicionado por el artículo 5 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Copia de la remisión al Invima de la justificación prevista en el literal anterior.

h) <Literal derogado por el artículo 1 de la Resolución 1701 de 2012>

#### Notas de Vigencia

- Literal derogado por el artículo 1 de la Resolución 1701 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.476 de 29 de junio de 2012.

- Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

#### Legislación Anterior

Texto adicionado por la Resolución 1701 de 2012:

h) <Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 1089 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se trate de medicamentos que sean suministrados intrahospitalariamente, copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS–, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 317 del Estatuto Tributario. La factura o documento equivalente, deberá identificar:

i) La entidad responsable del pago (IPS);

ii) Código CUM (consecutivo, expediente y ATC), descripción, valor unitario y total del medicamento;

iii) Cantidad del medicamento..

**PARÁGRAFO 1o.** Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de recobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

**PARÁGRAFO 2o.** La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.



**ARTÍCULO 11. REQUISITOS ESPECIALES DE LA SOLICITUD DE RECOBROS ORIGINADOS EN FALLOS DE TUTELA.** <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013> <Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el Fosyga, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el formato “Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros” y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

a) <Literal modificado por el artículo 6 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Formato de “SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA” numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad, indicando para medicamentos el código CUM completo de conformidad con la Resolución 255 de 2007 o la norma que lo modifique adicione o sustituya, para actividades, procedimientos e intervenciones el código CUPS, si estos no están incluidos en el código CUPS, deberá indicarse el código interno del Proveedor. Para los insumos, dispositivos biomédicos, y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

#### Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 6 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

a) Formato de "Solicitud de Recobro por Concepto de Prestaciones ordenadas por fallos de tutela" numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;

b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la copia del fallo;

c) <Literal modificado por el artículo 2 de la Resolución 2729 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe cumplir los requisitos del Estatuto Tributario y especificar:

i) Nombre, tipo e identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS);

ii) Código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS);

iii) Documento del proveedor con detalle de cargos, cuando en la factura no esté pormenorizada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle, expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad recobrante podrá certificarlo;

iv) Certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), por cada usuario, cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente;

v) Certificación bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el paciente a quien le fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que la recibió;

vi) Constancia de pago. En todo caso, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán presentar las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), sin dicha constancia, siempre y cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), se encuentre incluido dentro de/listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el cual será publicado por el administrador fiduciario en la página web del Fosyga de manera semestral.

#### Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2729 de 2013; Art. 3

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades administradoras de planes de beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, de que trata la Resolución número 3099 de 2008 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, los cuales habrán de ser verificados en el proceso de auditoría integral.

Para el caso de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, en los campos de nombre o razón social y tipo e identificación del proveedor, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad administradora del plan de beneficios utilizó para la nacionalización del producto.

Cuando se evidencien disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades, situación que para efecto del recobro, deberá ser certificada por un médico de la EPS mediante documento anexo.

Para efectos del recobro por medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suministradas por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

#### Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 2 de la Resolución 2729 de 2013, 'por la cual se modifica la Resolución número 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones números 3754 de 2008 y 2851 de 2012 y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 48.862 de 25 de julio de 2013.
- Literal modificado por el artículo 2 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 2851 de 2012:

c) <Literal modificado por el artículo 2 de la Resolución 2851 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario y la constancia de cancelación.

La factura o documento equivalente, debe identificar:

- i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);
- ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- iii) Código, descripción, valor unitario y total;
- iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- v) Valor unitario;
- vi) Valor Total.

Adicionalmente, al presentar las solicitudes de recobro de medicamentos importados por las EPS, por las cajas de compensación, las que incluyen facturas de tratamientos de más de un afiliado y de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud adquiridos al por mayor, se deben considerar los siguientes requisitos, según sea el caso:

- i) Si el medicamento suministrado fue importado por la entidad recobrante, en los campos del NIT y nombre del proveedor de que trata el formato MYT 02, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la EPS utilizó para la nacionalización del producto;
- ii) Para efectos del recobro de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, prestados por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el NIT de la respectiva Caja de Compensación;
- iii) Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la

relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

iv) En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud.

Tratándose de medicamentos NO POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria, esto es, aquel que sea suministrado sin necesidad de internación u hospitalización del paciente, no constituirá requisito para la presentación de la cuenta, la constancia de cancelación de la factura de venta o documento equivalente de que trata el presente literal, siempre que los proveedores de dichos medicamentos hayan facturado a las entidades recobrantas en conjunto, más de dos mil millones de pesos M/Cte. (\$2.000.000.000).

Los proveedores serán identificados con base en el valor aprobado a las EPS por concepto de medicamentos NO POS suministrados de forma ambulatoria de las solicitudes presentadas en el penúltimo periodo con resultado de auditoría integral, lo anterior será certificado por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga.

En todo caso, las entidades administradoras de Planes de Beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, de que trata la Resolución número 3099 de 2008 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, los cuales habrán de ser verificados en el proceso de auditoría integral.

**Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:**

c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:

- i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);
- ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- iii) Código, descripción, valor unitario y total;
- iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- v) Valor unitario;
- vi) Valor Total.

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

d) Certificado de semanas cotizadas al Sistema por el afiliado o beneficiario, en los casos de tutela por períodos mínimos de cotización, en los cuales se especifique la fecha de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la EPS, identificando las semanas cotizadas en el año inmediatamente anterior a la fecha del otorgamiento de la prestación ordenada en el respectivo fallo. Para estos efectos el certificado de semanas cotizadas al sistema lo emitirá la respectiva entidad administradora de planes de beneficios de acuerdo a la información reportada en sus formularios de afiliación y novedades;

e) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:

i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido;

ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias;

iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

f) <sic> <Literal derogado por el artículo 2 de la Resolución 1701 de 2012>

#### Notas de Vigencia

- Literal derogado por el artículo 2 de la Resolución 1701 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.476 de 29 de junio de 2012.

- Literal f) adicionado por el artículo 2 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

#### Legislación Anterior

##### Texto adicionado por la Resolución 1089 de 2011:

f) <Literal adicionado por el artículo 2 de la Resolución 1089 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se trate de medicamentos que sean suministrados intrahospitalariamente, copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS–, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 317 del Estatuto Tributario. La factura o documento equivalente, deberá identificar:

i) La entidad responsable del pago (IPS);

ii) Código CUM (consecutivo, expediente y ATC), descripción, valor unitario y total del medicamento;

iii) Cantidad del medicamento.

f) <sic> <Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 782 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Copia de la orden y/o fórmula médica de conformidad con el servicio efectivamente prestado:

i) Para el caso de medicamentos se deberá adjuntar la fórmula médica que avala y aclara el uso de lo ordenado por el juez, para estos casos la prescripción debe presentarse de conformidad con los requisitos establecidos en los artículos 16 y 17 Decreto número 2200 de 2005 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;

ii) Para el caso de procedimientos se deberá adjuntar la orden médica que avala y aclara el uso de lo ordenado por el juez, la cual debe contener: Nombre, frecuencia, cantidad, tipo de objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación);

iii) Para el caso de insumos se deberá adjuntar la orden médica que avala y aclara el uso de lo ordenado por el juez en donde se especifique a qué procedimiento corresponde el insumo a solicitar, descripción detallada del mismo, cantidad requerida y tiempo de uso;

#### Notas de Vigencia

- Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 782 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.410 de 23 de abril de 2012.

g) <Literal eliminado por el artículo 1 de la Resolución 1153 de 2012>

#### Notas de Vigencia

- Literal eliminado por el artículo 1 de la Resolución 1153 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.434 de 18 de mayo de 2012.

- Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 782 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.410 de 23 de abril de 2012.

#### Legislación Anterior

##### Texto adicionado por la Resolución 782 de 2012:

g) <Literal adicionado por el artículo 1 de la Resolución 782 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Justificación de la necesidad médica del medicamento, procedimiento o servicio no incluido en el plan de beneficios, que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente, debidamente firmada por el médico tratante con su respectivo registro, la cual contará con la siguiente información:

i) Fecha de la solicitud médica;

ii) Datos de identificación del paciente;

iii) Diagnóstico presuntivo, confirmado nuevo o repetido CIE 10 por el cual se realiza la prescripción;

v) Relación coherente de la solicitud con las condiciones clínicas (edad, sexo, antecedentes, condiciones especiales) y el diagnóstico del paciente, en donde se estipule si lo ordenado hace parte del tratamiento inicial, de una recurrencia, o complicación, o si es parte del manejo preventivo o rehabilitador;

v) Identificación del servicio ordenado en guías de atención médica integral, si existen otras alternativas o si es la única;

vi) Descripción de la periodicidad del servicio. En el caso de ser indefinida deberá allegar el fundamento de la decisión y su relación, el pronóstico y la patología en el tiempo.

**PARÁGRAFO 1o.** Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de recobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

**PARÁGRAFO 2o.** La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

##### Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

**ARTÍCULO 11.** Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el Fosyga, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el Formato “Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros” y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

a) Formato de “Solicitud de Recobro por Concepto de Prestaciones Ordenadas por Fallos de Tutela” numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;

b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la primera copia del fallo;

f) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:

i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);

ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;

iii) Código, descripción, valor unitario y total;

iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;

vi) Valor unitario;

viii) Valor total.

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

c) Certificado de semanas cotizadas al Sistema por el afiliado o beneficiario, en los casos de tutela por períodos mínimos de cotización, en los cuales se especifique la fecha de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la EPS, identificando las semanas cotizadas en el año inmediatamente anterior a la fecha del otorgamiento de la prestación ordenada en el respectivo fallo. Para estos efectos el certificado de semanas cotizadas al sistema lo emitirá la respectiva entidad administradora de planes de beneficios de acuerdo a la información reportada en sus formularios de afiliación y novedades;

d) Copia del formato “negación de servicios de salud y/o medicamentos” expedido por la Superintendencia Nacional de Salud o el Acta del Comité Técnico-Científico que negó el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa a la acción de tutela;

g) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:

i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido;

ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias;

iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

PARÁGRAFO 1o. Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de recobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

PARÁGRAFO 2o. La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

**ARTÍCULO 12. TÉRMINO PARA PRESENTAR LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Ver Notas del Editor> Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos y fallos de tutela, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, dentro de los seis (6) meses siguientes a la generación o establecimiento

de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

Para efectos de los recobros por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico y fallos de tutela, se tendrá en cuenta la fecha del suministro efectivo del medicamento, servicio médico o prestación de salud o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor o la fecha del fallo de tutela para el caso de recobros ordenados por decisiones judiciales.

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el Decreto-ley 1281 de 2002 se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

**PARÁGRAFO.** <Parágrafo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3876 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando las entidades recobrantes a la fecha de la entrada en vigencia de la presente resolución, dispongan de sentencias de tutela que en la parte resolutive no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social sin la copia auténtica del fallo y sin constancia de ejecutoria, pero las mismas no se hubieren radicado y se encuentre vencido el término de los seis (6) meses de que trata el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderán oportunamente presentadas hasta el quince (15) de julio de 2010.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3876 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.504 de 16 de octubre de 2009.
- Parágrafo modificado por el artículo 1 de la Resolución 1099 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.321 de 15 de abril de 2009.
- Parágrafo modificado por el artículo 1 de la Resolución 5033 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.201 de 12 de diciembre de 2008.
- Parágrafo adicionado por el artículo 3 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

##### Texto modificado por la Resolución 1099 de 2009:

PARÁGRAFO. Cuando las entidades recobrantes a la fecha de la entrada en vigencia de la presente resolución, dispongan de sentencias de tutela que en la parte resolutive no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social sin la copia auténtica del fallo y sin constancia de ejecutoria, pero las mismas no se hubieren radicado y se encuentre vencido el término de los seis (6) meses de que trata el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderán oportunamente presentadas hasta el quince (15) de octubre de 2009.

##### Texto modificado por la Resolución 5033 de 2008:

PARÁGRAFO. Cuando las entidades recobrantes a la fecha de la entrada en vigencia de la presente Resolución, dispongan de sentencias de tutela que en la parte resolutive no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social sin la copia auténtica del fallo y sin constancia de ejecutoria, pero las mismas no se hubieren radicado y se encuentre vencido el término de los seis (6) meses de que trata el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderán oportunamente presentadas hasta el quince (15) de abril de 2009.

##### Texto adicionado por la Resolución 3754 de 2008:

PARÁGRAFO. Cuando las entidades recobrantes, a la fecha de vigencia de la presente resolución, dispongan de sentencias de tutela que en la parte resolutive no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o

el Ministerio de la Protección Social, sin la copia auténtica del fallo, sin constancia de ejecutoria y las mismas no se hubieren radicado y se encuentre vencido el término de los seis (6) meses, podrán presentarlas a más tardar el quince (15) de diciembre de 2008, para que se tengan como oportunamente presentadas.

#### Notas del Editor

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta que el artículo 13 del Decreto 1281 de 2002 ha tenido modificaciones en cuanto al plazo de que trata este artículo.



**ARTÍCULO 13. TÉRMINO PARA ESTUDIAR LA PROCEDENCIA Y EL PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 3 de la Resolución 2851 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

**PARÁGRAFO.** Tratándose de solicitudes de medicamentos NO POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria y respecto de las cuales no constituye requisito, la constancia de la cancelación de la factura, conforme a lo previsto en el literal c) de los artículos 10 y 11 de la Resolución número 3099 de 2008, modificados por los artículos 1o y 2o de la Resolución número 3754 de 2008 y por los artículos 1o y 2o de la presente resolución, las entidades administradoras de planes de beneficios de manera trimestral, autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social – Fosyga, en el formato que este establezca, para que se efectúe el pago directo a los proveedores de tales medicamentos a nombre de dichas entidades.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.

- Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución 28 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.314 de 16 de enero de 2012.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008, adicionado por la Resolución 28 de 2012:

ARTÍCULO 13. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual se efectuará el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. <Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución 28 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de las solicitudes de recobro radicadas durante los meses de noviembre y diciembre de 2011, e informar a la entidad reclamante, el resultado del mismo, a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que se hayan presentado dentro de los términos consagrados en las Resoluciones 4475, 5161 y 456 de 2011 y que cumplan los requisitos establecidos en la presente resolución.

**ARTÍCULO 14. TÉRMINO PARA RADICAR LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 2851 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. En caso de ser necesario, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o la dependencia que haga sus veces, podrá establecer otros períodos de radicación.

Aquellos recobros que transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante este Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto, se les venza el término de un (1) año de que trata el artículo 13 del Decreto-ley número 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto-ley número 019 de 2012, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.
- Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución 3977 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.148 de 20 de octubre de 2008.
- Parágrafo Transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución MINSALUDPS 456 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.292 de 23 de diciembre de 2011.
- Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución 2256 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.101 de 15 de junio de 2011.
- Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 6 de la Resolución 4475 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.211 de 3 de octubre de 2011. A pesar del término establecido en este parágrafo, según lo dispuesto en el artículo 7 de la misma resolución, ésta rige hasta el 24 de octubre de 2011.
- Plazo modificado temporalmente por el artículo 4 de la Resolución 5161 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.239 de 31 de octubre de 2011, a partir de la fecha de su publicación y hasta el 30 de noviembre de 2011 (Art. 6) , en los siguientes términos:

*'ARTÍCULO 4o. RADICACIÓN DE RECOBROS POR BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS NO INCLUIDOS EN EL POS. Las solicitudes de recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico- Científico o Fallos de Tutela que en los términos indicados en el artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008 deban radicarse en el mes de octubre de 2011, se radicarán entre el 1o y el 11 de noviembre de 2011 y las solicitudes que deban radicarse en el mes de noviembre de 2011, se radicarán entre el 15 y el 30 de noviembre de 2011.*

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008, con sus adiciones:

ARTÍCULO 14. <Ver prórrogas en Notas de Vigencia> Las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.

Aquellos recobros que, transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, se les vence el término de los seis (6) meses señalados en la presente resolución, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. <Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución 3977 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Durante el mes de octubre de 2008, las EPS y EOC podrán radicar ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad designada para el efecto, recobros de medicamentos, servicios médicos o procedimientos no incluidos en el POS autorizados por Comité Técnico-Científico o los fallos de tutela, además de los días señalados en el artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, los días 21, 22, 23 y 24 de octubre de 2008.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. <Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 de la Resolución 2256 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Durante el mes de junio de 2011, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán radicar ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad designada para el efecto, recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico o Fallos de Tutela, además de los días señalados en el artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, los días comprendidos entre el 16 y el 20 de junio de 2011.

PARÁGRAFO. <Parágrafo transitorio adicionado por el artículo 6 de la Resolución 4475 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Durante el mes de octubre de 2011, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán radicar ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad designada para el efecto, recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, autorizados por el Comité Técnico-Científico o Fallos de Tutela, del día 14 al 31 de octubre de 2011.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 456 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Durante el mes de diciembre de 2011, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad designada para el efecto, recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico o Fallos de Tutela, los días comprendidos entre el 28 y el 30 de diciembre de 2011.

**ARTÍCULO 15. CAUSALES DE RECHAZO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 2729 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de servicios de salud NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución. (Código 1-01);

- b) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-02);
- c) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (Código 1-03);
- d) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio, o documento equivalente y la constancia de pago (Código 1-04).
- Esta causal no será aplicable cuando se trate de las solicitudes de recobro objeto de la excepción de constancia de pago, conforme lo previsto en la presente resolución y lo dispuesto en el ordinal vi) del literal c) de los artículos 10 y 11 de la Resolución número 3099 de 2008, modificados por los artículos 1o y 2o de la Resolución número 2851 de 2012 y por los artículos 1o y 2o de la presente resolución;
- e) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-05);
- f) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1- 06);
- g) Cuando el usuario reportado en el recobro pertenezca al Régimen Subsidiado o al régimen de excepción y no haya fallo de tutela que autorice el recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (Código 1-07);
- h) Cuando las prestaciones objeto del recobro hayan sido recobradas y pagadas con anterioridad por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (Código 1- 08);
- i) Cuando las prestaciones objeto del recobro sean consecuencia de una enfermedad profesional o accidente de trabajo (Código 1-09);
- j) Cuando el servicio prestado corresponda a una consecuencia de accidente de tránsito y no se hayan agotado los topes SOAT (Código 1-10);
- k) Cuando las prestaciones de salud objeto del recobro se deriven de la atención de víctimas del conflicto armado, y estas sean diferentes a las contenidas en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011. (Código 1-11).

**PARÁGRAFO.** Las causales previstas en los literales e) y f), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

#### Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 4 de la Resolución 2729 de 2013, 'por la cual se modifica la Resolución número 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones números 3754 de 2008 y 2851 de 2012 y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 48.862 de 25 de julio de 2013.
- Literal k) adicionado por el artículo 4 de la Resolución 3086 de 2012, 'por la cual se regula el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria de las víctimas del conflicto armado interno en el marco del enfoque diferencial de que trata la Ley 1448 de 2011 y los Decretos 4634, 4635 y 4800 de 2011, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fosyga', publicada en el Diario Oficial No. 48.571 de 2 de octubre de 2012.
- Artículo modificado por el artículo 5 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.
- Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 2851 de 2012:

ARTÍCULO 15. Las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley número 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución.(Código 1-01);
- b) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-02);
- c) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el FOSYGA (Código 1-03);
- d) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-04). Esta causal no será aplicable cuando se trate de las solicitudes de medicamentos NO POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria y respecto de los cuales no constituye requisito la constancia de la cancelación de la factura conforme a lo previsto en el literal c) de los artículos 10 y 11 de la Resolución número 3099 de 2008, modificados por los artículos 1o y 2o de la Resolución número 3754 de 2008 y por los artículos o y o de la presente resolución;
- e) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-05);
- f) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1-06);
- g) Cuando el usuario reportado en el recobro pertenezca al Régimen Subsidiado o al régimen de excepción y no haya fallo de tutela que autorice el recobro ante el FOSYGA (Código 1-07);
- h) Cuando las prestaciones objeto del recobro hayan sido recobradas y pagadas con anterioridad por el FOSYGA (Código 1-08);
- i) Cuando las prestaciones objeto del recobro sean consecuencia de una enfermedad profesional o accidente de trabajo (Código 1-09);
- j) Cuando el servicio prestado corresponda a una consecuencia de accidente de tránsito y no se hayan agotado los topes SOAT (Código 1-10).
- k) <Literal adicionado por el artículo 4 de la Resolución 3086 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando las prestaciones de salud objeto del recobro se deriven de la atención de víctimas del conflicto armado, y estas sean diferentes a las contenidas en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011. (Código 1 – 11).

PARÁGRAFO. Las causales previstas en los literales e) y f), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

ARTÍCULO 15. Las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución.(Código 1-01);
- b) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no

corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-02);

c) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-03);

d) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-04);

e) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-05);

f) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1-06).

PARÁGRAFO. Las causales previstas en los literales e) y f), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

ARTÍCULO 15. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución (Código 1-01);

b) Cuando el fallo de tutela no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social (Código 1-02);

c) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-03);

d) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-04);

e) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-05);

f) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-06);

g) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1-07).

PARÁGRAFO. Las causales previstas en los literales f) y g), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.



**ARTÍCULO 16. CAUSALES DE DEVOLUCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 5 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de recobro serán las siguientes:

a) Cuando el recobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01);

b) <Literal modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la factura no cumple con los requisitos del Estatuto Tributario (Código 2-02);

#### Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013, 'por la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.848 de 11 de julio de 2013.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

- b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 817 del Estatuto Tributario (Código 2-02);

c) <Ver Notas de Vigencia> <Literal adicionado por el artículo 7 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando en el recobro no se indique correctamente el código del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS autorizado por CTC o por fallo de tutela y entregado al afiliado, así:

Medicamentos: Código CUM

Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS.

Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUPS: código interno del proveedor.

Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: código interno del proveedor.

#### Notas de Vigencia

- Mediante el artículo 5 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011, se le asigna el Código 2-19 a la causal de devolución adicionada por la Resolución 4377 de 2010.
- Literal adicionado por el artículo 7 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

d) <Literal modificado por el artículo 3 de la Resolución 782 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la entidad recobrante no acredite el cumplimiento del último reporte al SISMED, el cual deberá remitirse el último día hábil de los meses de enero, abril, julio y octubre de cada año (Código 2-20).

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 782 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.410 de 23 de abril de 2012.
- Mediante el artículo 5 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011, se le asigna el Código 2-20 a la causal de devolución adicionada por la Resolución 4377 de 2010.
- Literal adicionado por el artículo 7 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este literal, adicionado por la Resolución 4377 de 2010. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2011-00049-00 de 2 de julio de 2015, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

#### Legislación Anterior

Texto adicionado por la Resolución 4377 de 2010:

d) <Ver Notas de Vigencia> <Literal adicionado por el artículo 7 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la entidad recobrante no acredite el cumplimiento del último reporte al Sismed

e) <Literal derogado por el artículo 3 de la Resolución 1701 de 2012>

Notas de Vigencia

- Literal derogado por el artículo 3 de la Resolución 1701 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.476 de 29 de junio de 2012.
- Literal adicionado por el artículo 3 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Resolución 1089 de 2011:

e) Cuando no se adjunte la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS–. (Código 2-22).

f) <Literal derogado por el artículo 3 de la Resolución 1701 de 2012>

Notas de Vigencia

- Literal derogado por el artículo 3 de la Resolución 1701 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.476 de 29 de junio de 2012.
- Literal adicionado por el artículo 3 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Resolución 1089 de 2011:

f) <Literal adicionado por el artículo 3 de la Resolución 1089 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS–, no cumpla con el Literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. (Código 2-23).

g) <Literal adicionado por el artículo 6 de la Resolución 2851 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el usuario reportado en el recobro se registre como fallecido en la BDUA, RNEC, RUAF o en aquellas bases de datos que se utilicen para tal efecto, para la fecha de prestación del servicio (Código 2-25);

Notas de Vigencia

- Literal adicionado por el artículo 6 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.

h) <Literal adicionado por el artículo 6 de la Resolución 2851 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el recobro sea objeto de investigaciones por parte de las autoridades judiciales o administrativas competentes (Código 2-26).

Notas de Vigencia

- Literal adicionado por el artículo 6 de la Resolución 2851 de 2012, 'por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1o, 2o, 4o y 5o de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.558 de 19 de septiembre de 2012.

i) <Literal adicionado por el artículo 5 de la Resolución 3086 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el paciente no se encuentre identificado en el Registro Único de Víctimas (RUV), a la fecha de prestación del servicio (Código 2 – 27)

#### Notas de Vigencia

- Literal adicionado por el artículo 5 de la Resolución 3086 de 2012, 'por la cual se regula el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria de las víctimas del conflicto armado interno en el marco del enfoque diferencial de que trata la Ley 1448 de 2011 y los Decretos 4634, 4635 y 4800 de 2011, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fosyga', publicada en el Diario Oficial No. 48.571 de 2 de octubre de 2012.

ii) Las causales de devolución aplicables a los recobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico serán:

a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No Pos al paciente. (Código 2-03);

b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04);

c) Cuando el contenido del Acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05);

d) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no contiene la justificación médica (Código 2-06);

e) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no registre el nombre del afiliado (Código 2-07);

f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico-Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08);

g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09);

h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10);

i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico se registra que el suministro del medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11);

j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud. (Código 2-12);

k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No Pos autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado). (Código 2-13);

l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de

salud Pos que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14);

m) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para autorizaciones por el Comité Técnico-Científico por períodos mínimos de cotización (Código 2-15);

n) <Literal derogado por el artículo 2 de la Resolución 4752 de 2011>

#### Notas de Vigencia

- Literal derogado por el artículo 2 de la Resolución 4752 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.226 de 18 de octubre de 2011.

- Mediante el artículo 5 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011, se le asigna el Código 2-21 a la causal de devolución adicionada por la Resolución 4377 de 2010.

- Literal adicionado por el artículo 8 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Legislación Anterior

Texto adicionado por la Resolución 4377 de 2010:

n) <Ver Notas de Vigencia> <Literal adicionado por el artículo 8 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el recobro no se acompaña de la justificación del médico tratante de la prescripción del medicamento No POS en su denominación de marca o de la remisión de esta justificación al Invima.

ñ) <Literal adicionado por el artículo 4 de la Resolución 1089 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no se identifica el código CUPS de la actividad, procedimiento o intervención o el código interno del proveedor de los insumos y dispositivos biomédicos y productos biológicos. (Código 2-24).

#### Notas de Vigencia

- Literal adicionado por el artículo 4 de la Resolución 1089 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

El artículo 6, establece:

(Por favor remitirse a la norma que a continuación se transcribe para comprobar la vigencia del texto original:)

'Los requisitos establecidos en la presente resolución serán exigibles a las solicitudes de recobro que sean radicadas a partir del mes de junio de 2011. A partir de estas solicitudes serán aplicables las glosas 2-22, 2-23 y 2-24.

'Para el efecto, se modifican las especificaciones técnicas de los formatos previstos en los numerales 3 y 4 del artículo 29 de la Resolución 3099 de 2008 que se presentan en medios magnéticos, los cuales hacen parte integral de la presente resolución.

'PARÁGRAFO. Cuando la factura que debe ser suministrada por la IPS a la EPS que presenta la solicitud de recobro, no contenga los requisitos previstos en los literales h) y f) a que refieren los artículos 1o y 2o de la presente resolución y se encuentre cancelada con anterioridad al 1o de junio de 2011, la EPS solicitará a la IPS una certificación en la cual conste lo exigido en los mencionados literales. '

iii) Las causales de devolución aplicables a los recobros originados en fallos de tutela serán:

a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con

lo facturado por el proveedor (Código 2-16);

b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro. (Código 2-17);

c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por periodos mínimos de cotización (Código 2-18).

<Inciso modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se presenten una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad recobrante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deban subsanarse.

#### Notas de Vigencia

- Inciso modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013, 'por la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.848 de 11 de julio de 2013.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

<INCISO> Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

<Inciso modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades recobrantes podrán presentar nuevamente las solicitudes de recobro que sean devueltas, con la totalidad de los documentos, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de la comunicación de la devolución, plazo que junto con el de la auditoría que generó la devolución, no se tendrá en cuenta para el cómputo del término establecido en el artículo 13 del Decreto –ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto–ley 019 de 2012.

#### Notas de Vigencia

- Inciso modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013, 'por la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.848 de 11 de julio de 2013.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

<INCISO> Cuando se devuelva la solicitud de recobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del recobro.

<Inciso modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> No obstante, la nueva solicitud podrá presentarse con posterioridad a los tres (3) meses de que trata el inciso anterior, para que surta un nuevo proceso de auditoría integral, evento en el cual, el término adicional, se computará para efectos del plazo previsto en el artículo 13 del Decreto –ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto–ley 019 de 2012.

#### Notas de Vigencia

- Inciso modificado por el artículo 1 de la Resolución 2482 de 2013, 'por la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución número 3099 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 48.848 de 11 de julio de 2013.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

<INCISO> La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

**PARÁGRAFO.** Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales i) y j) del presente artículo, cuando se trate del suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en el artículo 8o de la Resolución 3099 de 2008.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 5 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

ARTÍCULO 16. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de recobro serán las siguientes:

a) Cuando el recobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01);

b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 2-02);

ii) Las causales de devolución aplicables a los recobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico serán:

a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No POS al paciente. (Código 2-03);

b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04);

c) Cuando el contenido del acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05);

d) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no contiene la justificación médica (Código 2-06);

e) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no registre el nombre del afiliado (Código 2-07);

f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08);

g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09);

h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10);

- i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico se registra que el medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11);
  - j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud (Código 2-12);
  - k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No POS autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado) (Código 2-13);
  - l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud POS que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14);
- iii) Las causales de devolución aplicables a los recobros originados en fallos de tutela serán:
- a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-15);
  - b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro (Código 2-16);
  - c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por períodos mínimos de cotización (Código 2-17).

Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

Cuando se devuelva la solicitud de recobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del recobro.

La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

**PARÁGRAFO.** Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales i) y j) del presente artículo, cuando se trate del suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en el artículo 10 de la presente resolución.

**ARTÍCULO 16A. CAUSALES DE INCONSISTENCIA DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013> <Ver Notas de Vigencia> <Artículo adicionado por el artículo 2 de la Resolución 2064 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>** Las solicitudes de recobro presentadas ante el Fosyga, por concepto de servicios extraordinarios de salud autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, obtendrán glosa de inconsistencia, que será informada con el resultado de auditoría integral del correspondiente paquete cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, por las causales y los códigos que se señalan a continuación:

- a) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-01);
- b) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato Anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-02);

- c) Del formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-03);
- d) Del formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos en él contenidos. (Código 5-04);
- e) Del formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de APROBACIÓN CONDICIONADA (Formato MYT-03); Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-05);
- f) Del formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-06);
- g) Cuando la información contenida en los físicos del recobro no se ajusta a la información consignada en el medio magnético, cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-07).

#### Notas de Vigencia

- El artículo 4 de la Resolución 4752 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.226 de 18 de octubre de 2011, establece: '*A partir de la vigencia de la presente resolución y hasta el 31 de enero de 2012, el Ministerio de la Protección Social, o quien haga sus veces, no aplicará las causales de inconsistencia a las solicitudes de recobro, previstas en el artículo 16A de la Resolución 3099 de 2008. Esta disposición se aplicará desde la auditoría integral realizada a los recobros radicados en el mes de agosto de 2011.*'.
- Artículo adicionado por el artículo 2 de la Resolución 2064 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.093 de 7 de junio de 2011.



#### **ARTÍCULO 17. CAUSALES DE APROBACIÓN CONDICIONADA DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.** **<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>**

Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones en salud y fallos de tutela tendrán aprobación condicionada, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando falte el certificado de existencia y representación legal de la entidad administradora de planes de beneficios, conforme a lo dispuesto en el artículo 9o de la presente (Código 3-01);
- b) Cuando falte el poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado (Código 3-02);
- c) <Literal modificado por el artículo 6 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. (Código 3-03);

#### Notas de Vigencia

- Literal c) modificado por el artículo 6 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

- c) Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad (Código 3-03);

- d) Cuando falte la certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud (Código 3-04);
- e) Cuando falte el plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados (Código 3-05);

- f) Cuando los nombres de quienes suscriben el Acta del Comité Técnico-Científico no coinciden con las reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud (Código 306);
- g) Cuando en el acta falte una o más firmas de los miembros del Comité Técnico-Científico (Código 3-07);
- h) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica la entidad responsable del pago (Código 3-08);
- i) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 3-09);
- j) Cuando al recobro no se adjunte la certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, en la cual indica a qué factura imputa el respectivo suministro y/o prestación de servicio recobrado, únicamente para lo previsto en el inciso segundo del literal c) del artículo 10, de la presente resolución (Código 3-10);
- k) <Literal modificado por el artículo 6 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el usuario reportado en el recobro no aparezca en la Base de Datos Unica de Afiliados, BUDA, por la entidad recobrante para el período de la prestación del servicio (Código 3-11).

#### Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 6 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2010-00483-00 de 28 de mayo de 2015, Consejero Ponente Dr. Guillermo Vargas Ayala.

#### Legislación Anterior

##### Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

- k) Cuando el usuario reportado en el recobro no aparezca compensado por la entidad recobrante para el período de la prestación del servicio (Código 3-11).

**PARÁGRAFO.** No habrá lugar a la aplicación del literal k) cuando el fallo de tutela ordene la prestación de servicios a un usuario no afiliado a la entidad recobrante.

Para efectos de completar o actualizar la documentación, la entidad reclamante dispondrá de un plazo no mayor a dos (2) meses, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante de tales causales, y su pago se efectuará, conforme se establece en el artículo siguiente.

Las solicitudes de recobro que sean objeto de aprobación condicionada recibirán el pago del 50% del valor liquidado en forma oficial por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, una vez surtida la auditoría, dentro del plazo señalado en el artículo 13 de la presente resolución. El 50% restante será cancelado, una vez la entidad reclamante complete o actualice la documentación objeto de la aprobación condicionada; tal pago deberá efectuarse por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de radicación del formato "Remisión Documentación Recobros de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No POS y Fallos de Tutela con Estado de Aprobación Condicionada".

Si no se completan o actualizan los documentos dentro de los términos previstos en el presente artículo, se entenderá desistida la solicitud y la entidad reclamante deberá reintegrar el 50% del valor liquidado en forma oficial, por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, de la reclamación que se le haya cancelado, para lo cual el representante legal o al apoderado de la entidad reclamante en el Formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros", deberá dejar constancia de su autorización para el descuento

automático de tal valor con cargo a futuras reclamaciones. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad reclamante presente una nueva solicitud, siempre y cuando se encuentre dentro del término previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002.

**PARÁGRAFO 2o.** <Parágrafo adicionado por el artículo 6 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de la Protección Social o la entidad designada para el efecto, diseñará un procedimiento especial y extraordinario para que por una única vez, las solicitudes de recobro que no se hubieran reconocido en su totalidad por falta de constancia de ejecutoria del respectivo fallo de tutela, sean identificadas para proceder a su respectivo reconocimiento sí es el caso.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 6 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 2492 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos de completar o actualizar la documentación de las solicitudes de recobro cuyo resultado de auditoría haya sido notificado durante el periodo comprendido entre el 1o de enero y el 31 de julio de 2012, la entidad recobrante dispondrá de un plazo no mayor a cuatro (4) meses, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad recobrante de tales causales y su pago se efectuará, conforme se establece en el presente artículo.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 2492 de 2012, 'por la cual se introduce un parágrafo transitorio a los artículos 17 y 23 de la Resolución número 3099 de 2008 y se modifica el formato contenido en el Anexo Técnico MYT-03', publicada en el Diario Oficial No. 48.537 de 29 de agosto de 2012.



**ARTÍCULO 18. PAGOS DE SOLICITUDES DE RECOBRO POR UN VALOR DIFERENTE AL SOLICITADO.**  
**<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>**

<Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2064 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, aprobará y pagará las solicitudes de recobro al Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por el Comité Técnico- Científico o por fallos de tutela, por un valor diferente al solicitado, una vez realizada la auditoría integral por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- Quando exista error en los cálculos del recobro (Código 4-01);
- Quando el porcentaje recobrado por semanas de cotización no coincida con la certificación aportada (Código 4-02);
- Quando como consecuencia del Acta del Comité Técnico-Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 4-03);
- Quando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras (Código 4-04);
- Quando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de rechazo o devolución (Código 4-05).

En estos eventos, previa realización de la auditoría y elaboración del documento "Liquidación Oficial de Conceptos", según la documentación anexa a la solicitud, esta será aprobada y pagada por un valor diferente al recobrado. Si con posterioridad al pago las entidades administradoras de planes de beneficios demuestran que sus datos están debidamente soportados, se ajustarán, aprobarán y pagarán las diferencias a que hubiere lugar

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2064 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.093 de 7 de junio de 2011.

- Parágrafo adicionado por el artículo 9 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

ARTÍCULO 18. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, aprobará y pagará las solicitudes de recobro al Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, por un valor diferente al solicitado, una vez realizada la auditoría integral por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando exista error en los cálculos del recobro (Código 4-01);
- b) Cuando el porcentaje recobrado por semanas de cotización no coincida con la certificación aportada (Código 4-02);
- c) Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico-Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 4-03);
- d) Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras (Código 4-04);
- e) Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de rechazo o devolución (Código 4-05);
- f) Cuando uno o varios de los datos contenidos en el medio magnético no corresponde a lo diligenciado en el formato físico, se atenderá a lo contenido en el físico (Código 4-06);

En estos eventos, previa realización de la auditoría y elaboración del documento "Liquidación Oficial de Conceptos", según la documentación anexa a la solicitud, esta será aprobada y pagada por un valor diferente al recobrado. Si con posterioridad al pago las entidades administradoras de planes de beneficios demuestran que sus datos están debidamente soportados, se ajustarán, aprobarán y pagarán las diferencias a que hubiere lugar.

PARÁGRAFO. <Parágrafo adicionado por el artículo 9 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos del recobro, el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para ello de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1o del artículo 38 del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES y demás normas que lo modifiquen, deberán considerar que el POS incluye los medicamentos contenidos en el listado vigente, independientemente de la forma de comercialización que se utilice (genérico o de marca).

**ARTÍCULO 19. CAUSALES DE INCONSISTENCIA DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.** <Artículo derogado por el artículo 13 de la Resolución 5033 de 2008.>

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 13 de la Resolución 5033 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.201 de 12 de diciembre de 2008.

- Artículo modificado por el artículo 7 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Resolución 3754 de 2008:

ARTÍCULO 19. Las solicitudes de recobro presentadas ante el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela se tendrán en estado de inconsistencia, cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, por las causales y los códigos que se señalan a continuación:

- a) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-01);
- b) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-02);
- c) Del formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro. 2. Datos de la entidad. 3. Datos del afiliado. 4. Detalle del Recobro. 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS, y 5. Declaración de la entidad (Código 5-03);
- d) Del formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad. 3. Datos del afiliado. 4. Detalle del Recobro. 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad (Código 5-04);
- e) Del formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de APROBACION CONDICIONADA (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-05);
- f) Del formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-06).

Tales solicitudes se entenderán como no presentadas, no estarán sujetas a la auditoría integral, y serán devueltas a la entidad recobrante. En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su presentación.

Cuando la radicación se efectúe al sexto mes del término previsto en el artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008, y dicha solicitud resulte inconsistente, la entidad recobrante podrá presentar, por una única vez, la solicitud en el mes siguiente y le serán aplicables las reglas del artículo 14 de la misma resolución.

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

ARTÍCULO 19. Las solicitudes de recobro presentadas ante el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela en estado de inconsistencia, se entenderán como no presentadas, no sujetas a la auditoría integral, y serán devueltas a la entidad recobrante. En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su presentación, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, así: (Código 5-01):
  - i) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos;
  - ii) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato Anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos;
  - iii) Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a:

1. Datos del recobro.
  2. Datos de la entidad.
  3. Datos del afiliado.
  4. Detalle del Recobro.
  - 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS, y
  5. Declaración de la entidad;
- iv) Del Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a:
1. Datos del recobro.
  2. Datos de la entidad.
  3. Datos del afiliado.
  4. Detalle del Recobro.
  - 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS, y
  5. Declaración de la entidad;
- v) Del Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos;
- vi) Del Formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos;
- b) Cuando el medio físico no se ajusta a la información consignada en el medio magnético (Código 5-02).

**ARTÍCULO 20. COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** El resultado de la auditoría integral aplicada a las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no POS autorizados por el Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela debe comunicarse, por el Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, al representante legal de la entidad indicando el estado que presenta el recobro, las causales aplicadas, así como aquellas por las cuales consideró pertinente reliquidar el valor recobrado. La comunicación deberá contener los siguientes requisitos formales y de fondo:

- a) Fecha de expedición de la comunicación;
- b) Número de recobro y número de radicación del recobro;
- c) Código de la causal aplicada conforme al estado que se informa de acuerdo con lo previsto en la presente resolución;
- d) El término con el que cuenta la entidad administradora de planes de beneficios para dar respuesta a lo que hubiere lugar.

A la comunicación de que trata el presente artículo, deberá anexarse medio magnético que contendrá en detalle las causales que se aplican y bajo la misma estructura presentada para la radicación de los recobros.

**PARÁGRAFO 1o.** Para el cumplimiento del literal c) del presente artículo, la información deberá suministrarse, en

forma individual por cada ítem del recobro presentado.

**PARÁGRAFO 2o.** Lo contenido en ningún caso podrá desconocer que un recobro y cada uno de sus ítems únicamente podrán encontrarse aprobado para pago, rechazado, devuelto, aprobado condicionado e inconsistente.



**ARTÍCULO 21. ENVÍO DE LA COMUNICACIÓN. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** La comunicación será enviada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que el Administrador Fiduciario reciba del Ministerio la ordenación de gasto, a la dirección que aportó el representante legal al momento del diligenciamiento de los formatos de radicación establecidos para los recobros. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A dicha comunicación se anexará el medio físico del recobro que se rechaza o devuelve. Los recobros que registren los estados aprobado y aprobada condicionada permanecerán a cargo del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

**PARÁGRAFO.** En el evento de que no se señalen en forma completa las causales o estas fueren injustificadas, la entidad responsable del estudio, revisión o auditoría deberá pagar con cargo a sus propios recursos, las sumas que en exceso a lo cobrado hubiere lugar.



**ARTÍCULO 22. OBJECCIÓN DE LA ENTIDAD RECOBRANTE. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 3 de la Resolución 782 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> La comunicación del resultado de la auditoría, efectuado por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, en la cual se informe el estado en el que se encuentra el recobro y cada uno de los datos en él contenidos, podrá ser objetado por la entidad recobrante para que se confirme o modifique su decisión inicial, acogiéndose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto en la presente resolución, mediante formato MTY04, precisando los argumentos que le permitan al auditor evidenciar las razones de la objeción, o anexando, si se requieren, los documentos que subsanan la glosa.

Si la entidad recobrante considera que la causal aplicada se encuentra soportada en documentos o información del recobro originalmente entregado, deberá indicar el folio en el cual considera se encuentra el documento o la información que soporta la objeción del recobro.

**PARÁGRAFO.** En caso de que se presenten varias glosas involucradas para un mismo recobro, se deberá sustentar la totalidad en el mismo momento y por tanto no podrá radicarlo nuevamente.

Para efecto de la aplicación del presente artículo, el formato de que trata el numeral 6 del artículo 29 de la Resolución número 3099 de 2008, será objeto de las modificaciones a que haya lugar.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 de la Resolución 782 de 2012, publicada en el Diario Oficial No. 48.410 de 23 de abril de 2012.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

**ARTÍCULO 22.** La comunicación del resultado de la auditoría, efectuada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, en la cual se informa en qué estado se encuentra el recobro y cada uno de los datos en él contenidos podrá ser objeto de cuestionamiento por la entidad recobrante, acudiendo ante quien emitió dicha comunicación, para que confirme o modifique su decisión inicial, acogiéndose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto por la presente resolución.

**PARÁGRAFO.** El documento mediante el cual la entidad recobrante expone su desacuerdo no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los estimados en la comunicación previamente enviada.

En caso de existir causales que se soporten en carencias documentales o de insuficiencia de información contenidas en el recobro, deberá indicarse el folio en el cual, la entidad reclamante considera se encuentra el documento o la información que soporta la objeción en el recobro originalmente entregado.



**ARTÍCULO 23. OPORTUNIDAD PARA SUSTENTAR LA OBJECCIÓN.** <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013> Una vez efectuada la comunicación al representante legal de la entidad recobrante, contará con un término de dos (2) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato “Objeción a la Auditoría Realizada” que se adopta con la presente resolución, los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida.

Las solicitudes de “Objeción a la Auditoría Realizada” deberán presentarse dentro del día 16 y el día 20 calendario de cada mes. Aquellas solicitudes que, transcurrido el término de radicación aquí previsto, se les venza el término de los dos (2) meses, se entenderán presentadas oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del día 16 y el día 20 calendario del siguiente mes.

Los recobros objeto de la solicitud de “Objeción a la Auditoría Realizada” deben ingresar con el mismo número de radicado y el mismo número del recobro suministrado por la entidad recobrante.

**PARÁGRAFO.** <Parágrafo modificado por el artículo 10 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> La solicitud de “Objeción a la Auditoría Realizada” en caso de versar sobre recobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente resolución, previamente ha sido entregado por parte del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto”. Las solicitudes de recobro rechazadas en forma definitiva por las causales a) y c) del artículo 15 de la presente resolución modificado por el artículo 4o de la Resolución 3754 de 2008 no podrán ser radicadas nuevamente.

El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud de aquellas entidades que incumplan lo previsto en el inciso anterior para las investigaciones a que hubiere lugar.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo modificado por el artículo 10 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

**PARÁGRAFO.** La solicitud de “Objeción a la Auditoría Realizada” en caso de versar sobre recobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente resolución, previamente ha sido entregado por parte del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 2 de la Resolución 2492 de 2012. El nuevo

texto es el siguiente:> Para efectos de sustentar la objeción a la glosa de las solicitudes de recobro cuyo resultado de auditoría haya sido notificado durante el periodo comprendido entre el 1o de enero y el 31 de julio de 2012, la entidad recobrante dispondrá de un término de cuatro (4) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato "Objeción a la Auditoría Realizada", los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 2 de la Resolución 2492 de 2012, 'por la cual se introduce un parágrafo transitorio a los artículos 17 y 23 de la Resolución número 3099 de 2008 y se modifica el formato contenido en el Anexo Técnico MYT-03', publicada en el Diario Oficial No. 48.537 de 29 de agosto de 2012.

**ARTÍCULO 24. RESPUESTA A LA OBJECCIÓN PRESENTADA POR LA ENTIDAD RECOBRANTE. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

**ARTÍCULO 25. MONTO A RECONOCER Y PAGAR POR EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, FOSYGA, POR SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 8 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las solicitudes de recobro por concepto de fallos de tutela y autorizaciones del Comité Técnico-Científico, presentadas por las administradoras de planes de beneficios del régimen contributivo, deberán presentarse ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto.

Para tal efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previsto en la presente resolución. Una vez se encuentre aprobada para pago se dará traslado, en forma individual, a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social para el trámite a que hubiere lugar.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 8 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

**ARTÍCULO 25. PAGO DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES SE AUTORIZA EL RECOBRO A LA NACIÓN O AL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.** Las solicitudes por concepto de fallos de tutela en los cuales se autorice el recobro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social, deberán presentarse ante el Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto.

Para tal efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previstos en la presente resolución. Una vez se encuentre aprobada para pago se dará traslado, en forma individual, a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social para el trámite a que hubiere lugar.

**ARTÍCULO 26. MONTO A RECONOCER Y PAGAR POR RECOBRO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** <Artículo modificado por el artículo 9 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de este, de la siguiente forma:

a) **Medicamentos NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico** El valor a reconocer y pagar por concepto

de medicamentos no incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, autorizados por Comité Técnico-Científico, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

**b) Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

**c) Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud vigente y hasta tanto este se expida, aplicarán las tarifas que reconoce la subcuenta ECAT del Fosyga.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos, y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Por excepción, siempre y cuando se demuestre el cumplimiento de los requisitos para la autorización prevista en el literal f) del artículo 10 de la presente resolución, se reconocerá la diferencia del valor entre el medicamento de denominación genérica previsto en el POS y el medicamento de denominación de marca.

**d) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, ordenados por fallos de tutela que no fueron tramitados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad, será el 50% del valor total facturado por el proveedor.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Cuando por razones médico-científicas el Comité Técnico-Científico niega la solicitud de autorización del medicamento, servicio médico y prestación de salud ordenada por el médico tratante y la EPS y/o EOC es obligada a su prestación por fallo de tutela, el valor a reconocer y pagar será el 85% del valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud. Dicho valor se reconocerá siempre y cuando la negación por la no pertinencia médica demostrada se consigna en la respectiva Acta, y tales razones científicas fueron puestas en consideración del juez de tutela. Para estos efectos, se deberá anexar el acta del CTC como soporte del recobro.

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este literal d). Admite la demanda, niega suspensión provisional. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 00078-01 de 22 de abril de 2009, Consejera Ponente Dra. María Claudia Rojas Lasso.
- Demanda de nulidad contra este literal d). Admite la demanda. Niega suspensión provisional. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2009-00076 de 2 de abril de 2009, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

e) **Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los periodos mínimos de afiliación.** El valor a reconocer y pagar por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela previamente negados por el Comité Técnico-Científico para los cuales, el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que se garantice su total prestación, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Por excepción, siempre y cuando se demuestre el cumplimiento de los requisitos para la autorización prevista en el literal f) del artículo 10 de la Resolución 3099, si la autorización incorpora un medicamento en su denominación de marca, el porcentaje equivalente a las semanas faltantes de cotización se aplicará sobre la diferencia del valor entre el medicamento de denominación genérica previsto en el POS y el medicamento de denominación de marca.

**PARÁGRAFO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 11 de la Resolución 4377 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se determinen valores máximos de recobro al FOSYGA de algunos medicamentos, los valores a reconocer de que tratan los literales a), d) y e) del presente artículo tendrán en cuenta el valor máximo de recobro al Fosyga y no el valor facturado.

#### Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 11 de la Resolución 4377 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.884 de 5 de noviembre de 2010.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 9 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

### Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 3099 de 2008:

ARTÍCULO 26. El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de este, de la siguiente forma:

a) **Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico-Científico.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, autorizados por Comité Técnico-Científico, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad;

b) **Servicios médicos y prestaciones de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad;

c) **Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgicas autorizados por Comité Técnico-Científico.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas del Manual Unico Tarifario para la Facturación de los Servicios de Salud vigente.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos, y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad;

d) **Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS autorizados por Comité Técnico-**

Científico para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los períodos mínimos de afiliación. El valor a reconocer y pagar por concepto de fallos de tutela que correspondan a medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga:

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación, UPC;

e) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, no tramitados por el Comité Técnico-Científico ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por el Fosyga será del 50% del valor total facturado por el proveedor.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad;

f) Medicamentos, Servicios médicos y prestaciones de salud No POS ordenados por fallo de tutela previamente negados por el Comité Técnico-Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, POS, ordenados por fallos de tutela y no autorizados por Comité Técnico-Científico y ordenados por fallo de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad;

g) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS ordenados por fallos de tutela previamente negados por el Comité Técnico-Científico, para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los períodos mínimos de afiliación. El valor a reconocer y pagar por concepto de fallos de tutela que correspondan a medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, y negados por el Comité Técnico-Científico, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación, UPC.



**ARTÍCULO 27. MECANISMOS PARA EFECTUAR EL PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, efectuará el pago de las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos y fallos de tutela mediante cheque o abono en cuentas corrientes o de ahorro que le fueren informadas para tal efecto.

El proceso de recobro es independiente del proceso de compensación por parte de la EPS y demás EOC y en ningún caso podrán efectuarse cruce de cuentas.



**ARTÍCULO 28. CONTROL, SEGUIMIENTO Y AUDITORÍA. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes superen el promedio mensual histórico de recobros de la entidad, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios sin que medie causa justificada para el recobro, o cuando el veinte por ciento (20%) del acumulado anual de las solicitudes sean objeto de rechazo o devolución.

El Ministerio de la Protección Social, en la realización de los estudios de los Planes de Beneficios y de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, considerará los medicamentos o procedimientos recobrados, y trasladará a la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos el listado de precios de los medicamentos recobrados para la adopción de las medidas propias de su competencia.

Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente resolución identificando también las variaciones en el uso de los medicamentos no POS, por parte de cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

**PARÁGRAFO.** Las entidades que intervienen en el estudio, revisión, seguimiento y auditoría de las solicitudes de recobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.



**ARTÍCULO 29. UTILIZACIÓN DE FORMATOS DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>** Los formatos de presentación de las solicitudes de recobro que se adoptan mediante la presente resolución y que forman parte integral de la misma, serán obligatorios para las solicitudes que se radiquen a partir del 1o de octubre de 2008.

Para la presentación de las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos servicios o prestaciones de salud No POS y de fallos de tutela ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, adóptense los formatos e instructivos correspondientes, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R).

#### Notas de Vigencia

- Formato modificado por el artículo 6 de la Resolución 3086 de 2012, 'por la cual se regula el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria de las víctimas del conflicto armado interno en el marco del enfoque diferencial de que trata la Ley 1448 de 2011 y los Decretos 4634, 4635 y 4800 de 2011, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fosyga', publicada en el Diario Oficial No. 48.571 de 2 de octubre de 2012.

2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1).

3. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No POS-CTC (Formato MYT-01).

#### Notas de Vigencia

- Formato subrogado por el incluido en la Resolución 1089 de 2011, según lo dispuesto en el artículo 6 de la misma, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

#### Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2977 de 2012; Art. 6o.; Art. 7o.

4. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02).

#### Notas de Vigencia

- Formato subrogado por el incluido en la Resolución 1089 de 2011, según lo dispuesto en el artículo 6 de la misma, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

#### Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2977 de 2012; Art. 6o.; Art. 7o.

5. Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de aprobación condicionada (Formato MYT-03).

6. Formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04).

**PARÁGRAFO 1o.** Los formatos adoptados en los numerales 2, 3, 4, 5 y 6 del presente artículo deberán presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presente resolución. Los formatos adoptados en los numerales 3, 4, 5 y 6 además del medio magnético deberán presentarse en medio impreso, conforme a los instructivos de cada formato.

**PARÁGRAFO 2o.** El medio magnético de que trata el párrafo anterior, deberá contener la firma digital del representante LEGAL de la respectiva entidad administradora de planes de beneficios.

#### **ARTÍCULO 29-1. APLICACIÓN DE LA EXTENSIÓN DE COMPETENCIAS DEL COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO.**

**<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>**

**<Artículo adicionado por el artículo 10 de la Resolución 3754 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>** A las actuaciones del Comité Técnico-Científico que, en cumplimiento de la Sentencia C-463 de 2008, autorizaron servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones contenidas en la presente resolución.

#### Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 10 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

**ARTÍCULO 29-2. RECOBROS A LAS ENTIDADES TERRITORIALES.** <Artículo derogado por el artículo 9 de la Resolución 5334 de 2008>

#### Notas de Vigencia

- Artículo 11 de la Resolución 3754 de 2008 derogado por el artículo 9 de la Resolución 5334 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.217 de 29 de diciembre de 2008.
- Artículo adicionado por el artículo 11 de la Resolución 3754 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.130 de 2 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto adicionado por la Resolución 3754 de 2008:

ARTÍCULO 29-2. Sin perjuicio de la autonomía de las entidades territoriales, las EPS-S adoptarán el procedimiento para solicitar a las entidades territoriales el recobro de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en el POS-S previsto en esta resolución, hasta tanto las entidades territoriales adopten el procedimiento correspondiente.

**ARTÍCULO 30. VIGENCIA.** <Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013> La presente resolución rige a partir de su publicación y el artículo 29 a partir del 1o de octubre de 2008 y deroga la Resolución 2933 de 2006 y demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 19 de agosto de 2008.

El Ministro de la Protección Social,

**DIEGO PALACIO BETANCOURT.**

**ANEXO TECNICO MYT-01.**

<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>

<Formato subrogado por el incluido en la Resolución 1089 de 2011, según lo dispuesto en el artículo 6 de la misma. Consultar directamente Anexo de la Resolución 1089 de 2011>

#### Notas de Vigencia

- Formato subrogado por el incluido en la Resolución 1089 de 2011, según lo dispuesto en el artículo 6 de la misma, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

<El texto original es el siguiente:>

Consecutivo campo	Campo	descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
-------------------	-------	-------------	----------------	------	--------

I. Datos del recobro

1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	Numérico	13
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Numérico	13
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Numérico	1
4	NroRadicacionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	8

#### II. Datos de la entidad

5	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
---	--------	--	--	-------	---

#### III. Datos del afiliado

6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	2
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	16
8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
12	TipoAfiliacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario	Texto	1
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora	A, B, C, E=Exento	Texto	1

#### IV. Detalle del recobro

14	Nroitem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro	Numérico	4
15	NumActaCTC	Número del acta del comité técnico científico	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	20
16	FecActa	Fecha del acta del comité técnico científico	Fecha del acta de CTC, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
17	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
18	Periodico	Indicador de periodicidad del recobro	S=Si, N=No	Texto	1
19	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2
20	Añosuministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4
21	NumEntrega	Número de entrega del Acta de CTC para el periodo informado	Corresponde al número correspondiente de entrega autorizada por el Acta de CTC	Numérico	3

22	NumFactura	Número de la factura que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	20
23	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
24	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
25	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	7
26	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
27	NitProveedor	Nit del proveedor del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio	Texto	11
28	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	Nombre o razón social del proveedor del servicio	Texto	100
29	CodMedSerPrest	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
30	NomMedSerPrest	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
31	TipItem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD.Actividad=AC.Procedimiento=PD.Intervención=INT.Insumos=IN.Dispositivo y equipo Biomédicos=DBIO.Producto Biológico=PBIO.	Texto	4
32	Cansuministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud para el ítem recobrado	Numérico	4
33	VirUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
34	VirTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
35	Vircuotcop	Valor cuota moderadora o copago	Valor de la cuota moderadora o copago del medicamento, servicio médico o prestaciones de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales

36	Virrecobrado	Valor final recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad reclamante	Número	13 dígitos, más 2 decimales
----	--------------	-----------------------	--	--------	-----------------------------

#### IV.a. DATOS MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y/O PRESTACIONES DE SALUD NO POS

37	NroitemII	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro y que debe corresponder con el del numeral IV de este formato	Número	4
38	NomMedSerPrestII	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
39	Presentacion	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50
40	FrecUso	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3 dígitos, 2 decimales
41	DiasAutorizados	Cantidad Días que dura el servicio	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3
42	Cansuministroll	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	4
43	VirUnitII	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales
44	VirTotalI	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales
45	CodMedSerPrestSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
46	NomMedSerPrestSimilar	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado similar o que sustituye	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
47	FrecUsoll	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3 dígitos, 2decimales
48	TiempoDias	Cantidad Días que dura el servicio del numeral 46	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3
49	Cansuministrolll	Cantidad Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	4
50	VirUnitIII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales
51	VirTotalIII	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales

#### V. Declaración de la entidad

52	CopiaActaCTC(No.Doc)	Cantidad de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de actas de CTC que se adjuntan al recobro	Numérico	3
53	CopiaActaCTC(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de folios de las actas de CTC que se adjuntan al recobro	Numérico	3
54	FacturaproveedorCancelada(No.Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
55	FacturaproveedorCancelada(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes a las facturas	Corresponde a la cantidad de folios de las facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
56	Formulamédica (No.Doc)	Cantidad de fórmulas médicas	Corresponde a la cantidad de fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Numérico	3
57	Formulamédica(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de formulas médicas	Corresponde a la cantidad de folios de las fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Numérico	3
58	SoporteServicio(No.Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjunta en el recobro y son distintos del numeral 52,54 y 56 de este anexo	Numérico	3
59	SoporteServicio(No.Folios)	Cantidad de folios que evidencien la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 53,55 y 57 de este anexo	Numérico	3
60	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Numérico	4
61	Totales (No. Folios)	Cantidad total de folios	Corresponde a la suma de las cantidades de folios que se adjuntan a la solicitud de recobro	Numérico	4

#### DATOS DE LA SOLICITUD EN LA QUE SE ANEXO LA COPIA DEL ACTA DE CTC

62	NoRadicaciónrecobroanterior(FormatoMYT-01)	Número de radicación del formato MYT-01	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA al recobro anterior donde reposa el Acta de CTC.	Numérico	8
----	--	---	--	----------	---

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:EEEEEMCCCCCCCCCCCC01.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-01Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.M = Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS.CCCCCCCCCC=Número de consecutivo para radicaciones de entidad reclamante, de acuerdo con lo registrado en el formato MYT-RTodos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.

La información debe ser presentada en medios digitales CD.

Todos los valores numéricos que presenten decimal, no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto(,)

#### ANEXO TECNICO MYT-02.

**<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>**

<Formato subrogado por el incluido en la Resolución 1089 de 2011, según lo dispuesto en el artículo 6 de la misma. Consultar directamente Anexo de la Resolución 1089 de 2011>

#### Notas de Vigencia

- Formato subrogado por el incluido en la Resolución 1089 de 2011, según lo dispuesto en el artículo 6 de la misma, publicada en el Diario Oficial No. 48.036 de 8 de abril de 2011.

<El texto original es el siguiente>

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
-------------------	-------	-------------	----------------	------	--------

#### I. Datos del recobro

1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	Numérico	13
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Numérico	13
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Numérico	1
4	NroRadicacionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	8

#### II. Datos de la entidad

5	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
---	--------	--	--	-------	---

#### III. Datos del afiliado

6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	2
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	16
8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
12	TipoAfiliacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario, S=Subsidiado, O=otro	Texto	1
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora	A, B, C, E=Exento	Texto	1
14	Nivrecuperacion	Nivel de la cuota recuperación	1, 2, 3, E=Exento	Texto	1

#### IV. Detalle del recobro

15	Nroitem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro	Numérico	4
16	NumFallo	Número del fallo de tutela	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	30
17	FecFallo	Fecha del fallo de tutela	Fecha del fallo, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
18	Numautoridadjudicial	número del juzgado	Corresponde al número del juzgado	Texto	20
19	Tipautoridadjudicial	autoridad judicial	Corresponde al tipo de juzgado	Texto	100
20	Ubaautoridadjudicial	Código del Municipio donde se encuentra ubicada la autoridad judicial	De acuerdo con la codificación del DANE	Texto	5

21	CodCausarecobro	Código de la causa de la tutela	De acuerdo con lo establecido en el formato MYT-R.	Texto	2
22	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
23	Periodico	Indicador de periodicidad del recobro	S=Si, N=No	Texto	1
24	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2
25	Añosuministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4
26	NumEntrega	Número de entrega de lo ordenado por el fallo de tutela	Corresponde al número correspondiente de entrega ordenado por el fallo de tutela	Numérico	3
27	NumFactura	Número de la factura que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	20
28	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
29	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
30	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	7
31	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
32	NitProveedor	Nit del proveedor del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio	Texto	11
33	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	Nombre o razón social del proveedor del servicio	Texto	100
34	CodMedSerPrest	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
35	NomMedSerPrest	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300

36	TipItem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD.Actividad=AC.Procedimiento=PD.Intervención=INT.Insumos=IN.Dispositivo y equipo Biomédicos=DBIO.Producto Biológico=PBIO.	Texto	4
37	Cansuministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud para el ítem recobrado	Numérico	4
38	VirUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
39	VirTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
40	Vircuotcoprecup	Valor cuota moderadora, copago o recuperación	Valor de la cuota moderadora, copago o recuperación del medicamento, servicio médico o prestaciones de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
41	Virrecobrado	Valor final recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad reclamante	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales

#### IV.a.DATOS MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y/O PRESTACIONES DE SALUD NO POS

42	NroitemII	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro y que debe corresponder con el del numeral IV de este formato	Numérico	4
43	NomMedSerPrestII	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
44	Presentación	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50
45	DosisUso	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
46	DíasAutorizados	Cantidad Días que dura el servicio	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3
47	Cansuministroll	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4
48	VirUnitII	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
49	VirTotalII	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
50	CodMedSerPrestSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
51	NomMedSerPrestSimilar	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado similar o que sustituye	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
52	DosisUsoll	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3 dígitos, 2 decimales

53	TiempoDías	Cantidad Días que dura el servicio del numeral 46	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3
54	Cansuministroll	Cantidad Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4
55	VirUnitIII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
56	VirTotall	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales

#### V. Declaración de la entidad

57	CopiaFallo(No.Doc)	Cantidad de fallos de tutelas	Corresponde a la cantidad de fallos de tutelas	Numérico	3
58	CopiaFallo(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de folios de los fallos de tutelas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
59	FacturaproveedorCancelada(No.Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
60	FacturaproveedorCancelada(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes a las facturas	Corresponde a la cantidad de folios de las facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
61	SoporteServicio(No.Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjunta en el recobro y son distintos del numeral 57 y 59 de este anexo	Numérico	3
62	SoporteServicio(No.Folios)	Cantidad de folios que evidencien la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 58 y 60 de este anexo	Numérico	3
63	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Numérico	4
64	Totales (No. Folios)	Cantidad total de folios	Corresponde a la suma de las cantidades de folios que se adjuntan a la solicitud de recobro	Numérico	4

#### DATOS DE LA SOLICITUD EN LA QUE SE ANEXO LA COPIA DEL FALLO DE TUTELA

65	NoRadicaciónrecobroanterior(FormatoMYT-02)	Número de radicación del formato MYT-01	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA al recobro anterior donde reposa la copia del fallo de tutela.	Numérico	8
----	--	---	--	----------	---

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:EEEEEMCCCCCCCCCCCC02.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-02Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.T = Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS.CCCCCCCCCCCC=Numero de consecutivo para radicaciones de entidad reclamante, de acuerdo con lo registrado en el formato MYT-RTodos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.La información debe ser presentada en medios digitales CD.

Todos los valores numéricos que presenten decimal, no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto(.)

#### ANEXO TECNICO MYT-03-

#### DOCUMENTACION PRESENTADA PARA RECOBROS CON ESTADO DE APROBACION CONDICIONADA.

<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>

<Campo 4 modificado por el artículo 3 de la Resolución 2492 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:>

Consecutivo campo

Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
1	FecRadica	Fecha de radicación del formato MYT-03	Fecha de radicación del formato MYT-03, Fecha formato DD/MM/AAAA	10
2	Rasocial	Razón social	Corresponde al nombre completo de la Entidad Reclamante seguido de la sigla, conforme al certificado de existencia y representación legal.	200
3	CodSNS	Código de la Entidad administrador de planes de beneficios	De acuerdo con la codificación de la SNS	6
4	Número de envío	Número de envío	Corresponde al número de envío o paquete en el cual se agrupan por el consorcio o quien haga sus veces los recobros y que fue informado a la Entidad administrador de planes de beneficios el estado de aprobación condicionada.	20
5	Nro	Número consecutivo de orden	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro.	6
6	NumConsecRecobro	Número Consecutivo del Recobro	Corresponde al número interno dado por la Entidad administrador de planes de beneficios al recobro	13
7	NumRadicacionRecobro	Número de Radicación del Recobro	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga con el cual se presentó el recobro inicial y el resultado final de auditoría fue aprobación condicionada.	8
8	Rgart17	Requisitos generales artículo 17	Número de folios presentados por la entidad por cada ítem que corresponde a la sumatoria de folios por cada código del Art.17	3
9	Totalfolios	Número de folios	Corresponde al total de folios	5

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:DDMMAAAAEEEEEECCCCCCCC03.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-03Donde, EEEEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.Donde, DDMMAAAA = fecha de radicación. Donde, CCCCCCCC=Número del paquete que fue asignado por el consorcio para los recobros procesados y que resultaron con estado de aprobación condicionadaTodos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.La información debe ser presentada en medios digitales CD

### Notas de Vigencia

- Campo 4 modificado por el artículo 3 de la Resolución 2492 de 2012, 'por la cual se introduce un parágrafo transitorio a los artículos 17 y 23 de la Resolución número 3099 de 2008 y se modifica el formato contenido en el Anexo Técnico MYT-03', publicada en el Diario Oficial No. 48.537 de 29 de agosto de 2012.

### Legislación Anterior

Texto original de la resolución 3099 de 2008:

4 Nroenvío Número de envío Corresponde al número de envío o Numérico 6  
paquete en el cual se agrupan por  
el consorcio los recobros y que fue  
informado a la Entidad administrador  
de planes de beneficios el estado de  
aprobación condicionada.

#### ANEXO TECNICO MYT-04.

<Artículo derogado por el artículo 25 de la Resolución 458 de 2013. Rige a partir del 1o. de octubre de 2013>

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
1	FecRadica	Fecha de radicación del formato MYT-04	Fecha de radicación del formato MYT-04, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
2	Rasocial	Razón social	Corresponde al nombre completo de la Entidad Reclamante seguido de la sigla, conforme al certificado de existencia y representación legal.	Texto	200
3	CodSNS	Código de la EPS, ARS o EOC	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
4	Nroenvío	Número de envío	Corresponde al número de envío o paquete en el cual se agrupan por el consorcio los recobros y que fue informado a la entidad administradora de planes de beneficio.	Numérico	6
5	CodSNS	Código de la EPS, ARS o EOC	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
6	Estado	Estado de auditoría	Corresponde al código de estado resultado de la auditoría del recobro, 1 APROBADA, 2 CONDICIONADA, 3 DEVUELTA, 4 RECHAZADA	Numerito	2
7	NumConsecRecobro	Número Consecutivo del Recobro	Corresponde al número interno dado por la entidad administradora de planes de beneficio al recobro	Numérico	13
8	NumRadicaionRecobro	Número de Radicación del Recobro	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA con el cual se presentó el recobro inicial y el resultado final de auditoría fue aprobación condicionada.	Numérico	21
9	Itemdesacuerdo	Ítem en desacuerdo	Número del ítem, al cual se le impuso el motivo de glosa en desacuerdo.	Numérico	2
10	Codglosa	Código de glosa	Número de la glosa dado por el consorcio fiduciario.	Numérico	4
11	Sustcausal	Sustentación causal en desacuerdo	Corresponde a la explicación de la no pertenencia del motivo de glosa	Texto	800
12	NoFolios	Número de folios	Escriba en esta casilla el número del primer folio que corresponda al documento que soporta la objeción a la causal invocada por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA en el proceso de auditoría.	Numérico	5
13	TotalFolios	Total de Folios	Escriba en esta casilla el número total real de folios presentados con el recobro en su radicación inicial	Numérico	6

Se tiene que generar un registro por cada sustentación de glosa de cada ítem objetado

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:DDMMAAAEEEEEE04.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-04Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.Donde, DDMMAAA = a la fecha de radicación.

Todos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos. Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda. La información debe ser presentada en medios digitales CD

## ANEXO TECNICO MYT-R ANEXO No 1 FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS

Consecutivo	Campo	Tipo	Tamaño
1	Número de radicación de recobros de entidad reclamante	Numérico	13
2	NroConsecutivoRecobro	Numérico	13
3	Primer apellido paciente	Texto	30
4	Segundo apellido paciente	Texto	30
5	Primer nombre paciente	Texto	30
6	Segundo nombre paciente	Texto	30
7	Tipo de documento del paciente	Texto	2Valores: CC = Cédula de ciudadanía TI = Tarjeta de identidad RC = Registro Civil CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identificación
8	Numero de documento de identidad del paciente	Texto	16
9	Régimen	Numérico	1 Valores: 1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Otro
10	Causa recobro	Texto	2Valores: 01 = Tutela por periodos de carencia 02 = Tutela por servicios No POS 03 = Tutela por medicamentos No POS 04 = Tutela por servicios en el exterior 05 = Tutela por otras causas 06 = Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No POS - CTC 07 = Tutela por tratamiento integral 08 = Tutela por servicios NO POS prestados a víctimas del conflicto armado. <Adicionado por el artículo 6 de la Resolución 3086 de 2012>  09 = Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud NO POS – CTC a víctimas del conflicto armado <Adicionado por el artículo 6 de la Resolución 3086 de 2012>
11	Valor recobro	Numérico	20

Cada entidad reclamante debe presentar un archivo que contenga cada uno de los registros relacionados con el recobro.

El nombre de cada archivo deberá conformarse de la siguiente manera:

EPSXXDDMMAAAACCCCCCCCCC.TXT

Donde:

EPSXXX = Código de la entidad de acuerdo con la codificación de la SNS

DDMMAAA = Fecha de radicación de acuerdo con lo registrado en el "Formato radicación de solicitudes de recobros - MYT-R"

CCCCCCCCCCCC = Numero consecutivo para radicación entidad reclamante de acuerdo con lo registrado en el "Formato radicación de solicitudes de recobros - MYT-R"

Los archivos deben ser presentados en formato texto y el separador de campos debe ser carácter "," (coma), el juego de caracteres a utilizar es ASCII.

### Notas de Vigencia

- Valores adicionados al Campo 10 por el artículo 1 de la Resolución 3086 de 2012, 'por la cual se regula el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria de las víctimas del conflicto armado interno en el marco del enfoque diferencial de que trata la Ley 1448 de 2011 y los Decretos 4634, 4635 y 4800 de 2011, a través de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fosyga', publicada en el Diario Oficial No. 48.571 de 2 de octubre de 2012.

**<FORMULARIOS NO INCLUIDOS. VER ORIGINALES EN D.O No. 47.088 de 21 de agosto de 2008; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB [www.imprensa.gov.co](http://www.imprensa.gov.co)>**

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS NO POS Y FALLOS DE TUTELA

MYT-R ANEXO No. 1

FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO ANEXO No 1

**1. No CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE:** Registre el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios al consolidado de solicitudes de recobro (para efectos de su control y seguimiento)

**2. HOJA No. X DE X:** Escriba el número de hoja del total de hojas utilizadas en la misma presentación del formato radicación de solicitudes de recobros consolidado.

RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO

**3. No. ITEM:** Escriba el número consecutivo de orden de presentación de los recobros contenidos en la radicación correspondiente.

**4. No. RECOBRO:** Escriba el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios, a cada recobro de acuerdo con los formatos MYT-01 y MYT-02, según corresponda.

DATOS DEL AFILIADO ATENDIDO

**5. PRIMER APELLIDO:** Escriba el primer apellido del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

**6. SEGUNDO APELLIDO:** Escriba el segundo apellido del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

**7. PRIMER NOMBRE:** Escriba el primer nombre del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

**8. SEGUNDO NOMBRE:** Escriba el segundo nombre del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

**9. TIPO DEL DOCUMENTO:** Escriba el tipo de documento de identificación del afiliado atendido; para el efecto se deberá utilizar la codificación de la Resolución No 890 de 2002 en lo referente al tipo de identificación de los afiliados. Ejemplo: Cédula de Ciudadanía = CC, Tarjeta de Identidad = TI, etc.

**10. NUMERO DE DOCUMENTO:** Escriba el número del documento de identificación del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud atendido.

**11. CAUSA RECOBRO:** Para cada recobro relacionado, escriba el número que identifica la causa del mismo, conforme a la codificación que se señala a continuación:

01 Tutelas por períodos de carencia

02 Tutelas por Servicios No POS

03 Tutelas por Medicamentos NO POS

04 Tutelas por Servicios en el exterior

05 Tutelas por otras causas

06 Medicamentos, Servicios médicos y Prestaciones de Salud NO POS-CTC.

07 Tutelas por tratamiento integral

**12. REGIMEN:** Escriba el régimen de afiliación para cada recobro. Diligencie 1 para el régimen contributivo, 2 para el régimen subsidiado y 3 para otro.

**13. VALOR RECOBRO:** Para cada recobro relacionado, escriba el valor recobrado consignado en la casilla respectiva de los formatos MYT-01 y MYT-02.

**14. VALOR TOTAL:** Escriba el valor que corresponda a la sumatoria del valor de cada recobro conforme al numeral 12 inmediatamente anterior.

**15. FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO:** El formato radicación de solicitudes de recobros consolidado – ANEXO No. 1, debe estar firmado por el representante legal de la entidad reclamante o por su apoderado, con poder debidamente otorgado.

#### **NOTAS:**

**SI EL ANEXO No. 1 DEL FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO SE PRESENTA EN MEDIO MAGNETICO, DEBERA TRAMITARSE LA INFORMACION RELACIONADA EN EL NUMERAL 4) DE LA DECLARACION DE LA ENTIDAD DE DICHO FORMATO.**

**LA CLASIFICACION POR CAUSA DE LOS RECOBROS DEBE REALIZARSE POR EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA, EL CUAL DEBERA PRIMAR INDEPENDIEMENTE DE LO ORDENADO EN EL FALLO. CUANDO NO SEA CLARO EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA O CORRESPONDA A USUARIOS NO AFILADOS A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS RECOBRANTE, SE DEBERA CLASIFICAR EN CAUSA 05, EXCEPTO CUANDO EL FALLO ORDENE TRATAMIENTO INTEGRAL, EVENTO EN EL CUAL SE CLASIFICARA EN CAUSA 07.**

\* \* \*

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIALFONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS Y FALLOS DE TUTELA

MYT-R

#### **FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO**

**1. No CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE:** Registre el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios al consolidado de solicitudes de recobro (para efectos de su control y seguimiento)

**2. FECHA RADICACION:** Uso exclusivo del Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

**3. No RADICADO:** Uso exclusivo del Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

#### **I. DATOS DE LA ENTIDAD**

**4. TIPO DE ENTIDAD:** Marque con una (X) a qué tipo de entidad corresponde cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

**5. RAZON SOCIAL:** Registre el nombre completo de la Entidad reclamante seguido de la sigla, conforme al

certificado de existencia y representación legal.

**6. CODIGO:** Escriba el Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.

**7. NIT:** Escriba el número de identificación de cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios, asignado por la Cámara de Comercio (sin guión).

**8. DIRECCION:** Escriba la dirección completa del domicilio de la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden dirigir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

**9. DEPARTAMENTO:** Escriba el departamento en el cual se encuentra ubicada la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

**10. COD:** Escriba el código del departamento que corresponda conforme a los datos de los numerales 8 y 9 inmediatamente anteriores.

**11. TELEFONO:** Escriba el número telefónico de la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

**12. MUNICIPIO:** Escriba la ciudad en el cual se encuentra ubicada la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

**13. COD:** Escriba el código del municipio que corresponda conforme al dato del numeral 12 inmediatamente anterior.

## **II. CONSOLIDADO POR CAUSA**

**14. No DE RECOBROS:** Escriba el número de recobros que corresponda según la causa del mismo, conforme al resumen del Anexo No. 1 de este formato; se acepta un máximo de 600 recobros por causa por formato de radicación de solicitudes de recobros; las causas son:

01 Tutelas por períodos de carencia

02 Tutelas por Servicios No POS

03 Tutelas por Medicamentos NO POS

04 Tutelas por Servicios en el exterior

05 Tutelas por otras causas

06 Medicamentos, Servicios médicos y Prestaciones de Salud NO POS-CTC.

07 Tutelas por tratamiento integral

**15. VALOR:** Escriba el valor total recobrado por causa de recobro conforme al resumen del Anexo No. 1 de este formato.

**16. No. TOTAL DE FOLIOS ANEXOS:** Escriba el número total de folios que soportan los recobros incluidos en el formato radicación de solicitudes de recobros consolidado, incluyendo los formatos MYT-01 y MYT-02.

## **III. DECLARACION DE LA ENTIDAD**

**17.** El formato radicación de solicitudes de recobros consolidado, debe estar firmado por el representante legal de la entidad reclamante o por su apoderado, con poder debidamente otorgado.

### **NOTAS:**

**SI EL ANEXO No 1 DE ESTE FORMATO Y/O LOS FORMATOS MYT-01 Y MYT-02 SE PRESENTAN EN MEDIO MAGNETICO, DEBERÁ TRAMITARSE LA INFORMACION RELACIONADA EN EL NUMERAL 4 DE LA**

**DECLARACION DE LA ENTIDAD, ASI:**

**a) NOMBRE ARCHIVO: CODIGO ENTIDAD SNS MAS FECHA PRESENTACION (DDMMAAAA);**

**b) TAMAÑO DEL ARCHIVO EN MB;**

**c) SERIAL DEL MEDIO MAGNETICO, EL CUAL DEBERA CORRESPONDER AL NÚMERO IMPRESO POR EL FABRICANTE EN EL CD.**

**LA CLASIFICACION POR CAUSA DE LOS RECOBROS DEBE REALIZARSE POR EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA, EL CUAL DEBERÁ PRIMAR INDEPENDIEMENTE DE LO ORDENADO EN EL FALLO. CUANDO NO SEA CLARO EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA O CORRESPONDA A USUARIOS NO AFILADOS A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS RECOBRANTE, SE DEBERÁ CLASIFICAR EN CAUSA 05, EXCEPTO CUANDO EL FALLO ORDENE TRATAMIENTO INTEGRAL, EVENTO EN EL CUAL SE CLASIFICARA EN CAUSA 07.**



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.  
Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones  
ISSN 2256-1633  
Última actualización: 17 de Marzo de 2016

