

## RESOLUCIÓN 5395 DE 2013

(diciembre 24)

Diario Oficial No. 49.016 de 27 de diciembre de 2013

### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.

### EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, párrafo 4o del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, los numerales 30 del artículo 2o y 20 del artículo 6o del Decreto-ley 4107 de 2011, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008 impartió una serie de órdenes, entre otras, la adopción de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y las relacionadas con el derecho a su recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga);

Que la Sala Especial conformada en dicha Corporación para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la referida sentencia, verificó las órdenes vigésima cuarta y vigésima séptima, relacionadas con la necesidad de que se adopten las medidas pertinentes que garanticen que el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos para financiar los servicios de salud. Igualmente, que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente y que el Fosyga desembolse oportunamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro, lo que consecencialmente, llevó a que se profiriera el Auto número 263 de 2012;

Que allí se ordenó el rediseño del sistema actual de verificación, control y pago de los servicios y prestaciones de salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), mediante la unificación de la normativa vigente;

Que con el fin de dar cumplimiento a las anteriores órdenes, este Ministerio expidió la Resolución número 458 de 2013, a través de la cual se unificó el procedimiento de recobro ante el Fosyga;

Que conforme a lo anteriormente señalado y dado que con posterioridad a la expedición de la Resolución número 458 de 2013 se han generado trámites complementarios a la solicitud y pago de recobros, se hace necesario expedir un acto administrativo unificado, relacionado con tal procedimiento;

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012, sin perjuicio de los mecanismos alternativos de solución de conflictos establecidos en la ley, cuando se presenten divergencias recurrentes por las glosas aplicadas en la auditoría efectuada a los recobros ante el Fosyga, por cualquier causal, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos o procedimientos orientados a su solución, siempre y cuando no haya transcurrido el plazo de caducidad establecido para la acción de reparación directa en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;

Que el Decreto número 1865 de 2012, mediante el cual se reglamentó el mecanismo de saneamiento de cuentas por recobro cuando se presente divergencias recurrentes, estableció el trámite para la solución de las mismas, indicando que la entidad recobrante presentará la solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, esgrimiendo los criterios objetivos que sustentan la divergencia recurrente, quien evaluará y decidirá sobre lo solicitado;

Que con el fin de cumplir en debida forma las funciones de este Ministerio en cuanto a la adopción de criterios y lineamientos para el reconocimiento o no de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se

hace necesario crear un comité interdisciplinario que tenga a su cargo asesorar a esta Cartera Ministerial en tales definiciones;

Que en mérito de lo expuesto,

## RESUELVE:

### TÍTULO I.

#### ASPECTOS GENERALES.

**ARTÍCULO 1o. OBJETO.** La presente resolución tiene por objeto unificar el procedimiento de cobros que deben seguir las entidades cobradoras para presentarlos cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), indicando requisitos, fechas y condiciones para su presentación, así como el procedimiento que debe seguir la administración para la verificación de las mismas y los plazos con que cuenta para el pago, cuando a ello hubiere lugar.



**ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN.** El presente acto administrativo aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC), que garanticen a sus afiliados la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y cobren los mismos al Fosyga y aquellas entidades diferentes a las mencionadas que amparadas en un fallo judicial deban cobrar al Fosyga tales servicios.



**ARTÍCULO 3o. DEFINICIONES.** Para efectos de la presente resolución, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**Recobro.** Solicitud presentada por una entidad cobradora ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico-Científico (CTC) u ordenadas por fallos de tutela.

**Entidad cobradora.** Entidad que garantiza el suministro de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a uno de sus afiliados en virtud de una autorización de Comité Técnico-Científico (CTC) o de un fallo de tutela y solicita ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, el pago de dichas tecnologías en salud.

**Tecnología en salud.** De conformidad con lo establecido en el Acuerdo número 029 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se entiende por tecnologías en salud todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

**Comparador administrativo.** Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que las entidades cobradoras utilizarán para definir el monto a cobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de cobro.

**Cierre efectivo del proceso de verificación.** Término que corresponde a la finalización de las etapas de prerradicación, radicación, preauditoría y auditoría integral del proceso de cobros adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, en un período de tiempo determinado.

Ítems del cobro. Corresponde a cada tecnología en salud presentada en un mismo cobro para pago.

### TÍTULO II.

#### DE LOS COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS.



**ARTÍCULO 4o. INTEGRACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS.** Las Entidades Administradoras de

Planes de Beneficios (EAPB) autorizadas para operar por la Superintendencia Nacional de Salud, integrarán un Comité Técnico-Científico (CTC), que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de su red y un representante de los usuarios.

El representante legal de cada una de las entidades administradoras de planes de beneficios, deberá reportar 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 5o. REQUISITOS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ.** Tanto el representante de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios como el representante de la Institución Prestadora de Salud (IPS), deberán ser médicos con experiencia comprobada de mínimo dos (2) años en el ejercicio profesional.

Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.

Los representantes que conformen los Comités Técnico-Científicos (CTC) 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 tecnologías en salud. Quienes sean miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de tecnologías en salud, no podrán ser representantes del Comité.



**ARTÍCULO 6o. ELECCIÓN DE LOS REPRESENTANTES.** Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deberán realizar una convocatoria abierta entre sus prestadores de servicios de salud que permita la selección objetiva del representante del Comité.

**PARÁGRAFO.** Los miembros del Comité Técnico-Científico serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años, quienes podrán ser reelegidos máximo por otro periodo igual. En caso de ausencia definitiva o novedad de alguno de los miembros, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deberán designar su reemplazo en un término no mayor a una (1) semana, contada a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, con la respectiva notificación a la Superintendencia Nacional de Salud.



**ARTÍCULO 7o. FUNCIONES.** El Comité Técnico-Científico (CTC) tendrá las siguientes funciones:

1. Aprobar o desaprobar las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, ordenadas por los médicos tratantes de los afiliados.
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. Registrar, de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante, el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidades equivalentes al medicamento solicitado.
4. Registrar, de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante, el o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que se reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan Obligatorio de Salud procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico-Científico (CTC), deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.
5. Registrar y avalar la información que trata el artículo 14 de la presente resolución, en el acta correspondiente, de

acuerdo con la tecnología en salud NO POS autorizada o negada.

6. Asignar el comparador administrativo de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

7. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, informes trimestrales de los casos autorizados y negados o con anterioridad si así lo requiere la entidad.

8. Disponer de la información de los casos autorizados y negados cuando el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de control o judiciales lo requieran.



**ARTÍCULO 8o. REUNIONES Y ACTAS.** El Comité Técnico-Científico (CTC) se reunirá las veces que sea necesario con el fin de garantizar que el trámite de las solicitudes de tecnologías en salud NO POS no supere los 2 (dos) días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de la radicación de la solicitud.

#### Notas del Editor

- En relación con el término establecido en este inciso, destaca el editor lo dispuesto en el inciso 1o. del artículo 26 de la ley 1438 de 2011, 'por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011:

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

*'ARTÍCULO 26. COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. '<subraya el editor>*

Las decisiones del Comité se registrarán en el formato de acta que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el cual deberá ser suscrito por sus miembros, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Las actas deberán contener la justificación técnica del uso de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

**PARÁGRAFO.** El Comité Técnico-Científico (CTC) podrá aclarar sus actas en la siguiente sesión en la que se definió la autorización de una tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud para un afiliado. En todo caso, una vez se presente copia de las actas como soporte de una solicitud del recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, estas no podrán ser modificadas.



**ARTÍCULO 9o. CRITERIOS PARA LA APROBACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS.** Para la aprobación de las tecnologías NO POS, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud debe estar autorizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.

2. Haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de lo cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.

3. La tecnología en salud NO POS no deberá corresponder a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que

se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.

**PARÁGRAFO 1o.** El Comité Técnico-Científico (CTC) podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses y si la respuesta al tratamiento es favorable, podrá determinar la periodicidad con la que se continuará autorizando la tecnología en salud NO POS, que en ningún caso será por tiempo indefinido.

**PARÁGRAFO 2o.** Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un 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. Al término de este período, el Comité Técnico Científico deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud NO POS.

**PARÁGRAFO 3o.** En el acta del Comité Técnico-Científico (CTC) deberá señalarse de forma expresa el cumplimiento de los criterios para la aprobación de las tecnologías en salud NO POS previstos en este artículo.



**ARTÍCULO 10. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN Y DESAPROBACIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD NO POS.** Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO POS, se seguirá el siguiente procedimiento:

a) El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico-Científico (CTC) la (s) prescripción(es) u orden(es) médica(s) y su justificación, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística, que sustenten su decisión.

En caso que la tecnología en salud NO POS cuya autorización se solicita se trate de un medicamento, el médico tratante lo solicitará en su denominación común internacional e indicará el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/ día y cantidades equivalentes al medicamento autorizado o negado.

Cuando la tecnología en salud NO POS se trate de procedimientos, el médico deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS) tanto para la tecnología NO POS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que la reemplaza o sustituye;

b) En los dos (2) días siguientes a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá decidir sobre la petición presentada y registrar la decisión en la respectiva acta.

Si se requiere allegar información o documentación adicional, el Comité en la misma sesión la solicitará al médico tratante, quien deberá suministrarla dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Así mismo, si el Comité requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, los solicitará en la misma sesión a profesionales de la salud de la misma especialidad, que deberán allegarlos dentro del mismo término.

El Comité Técnico-Científico (CTC) contará con tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la información adicional o del concepto solicitado para decidir sobre la autorización o no de la petición formulada;

c) Al día hábil siguiente al que se adoptó la decisión, se informará el resultado al médico tratante y al usuario.

**PARÁGRAFO.** Cuando exista urgencia manifiesta, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de tecnologías en salud NO POS requeridas por las víctimas de que trata el artículo 3o de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada ley, no se aplicará el procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo, casos en los cuales el médico tratante tiene la posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud NO POS a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización previstos en el artículo 9o de la presente resolución.

En las situaciones mencionadas, el médico tratante deberá presentar el caso ante el Comité Técnico Científico dentro de los cinco (5) días siguientes al suministro de la Tecnología NO POS, órgano que confirmará o no la

decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro de la tecnología NO POS correspondiente, si a ello hubiere lugar.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá ser demostrable y constar en la historia clínica



**ARTÍCULO 11. GARANTÍA DEL SUMINISTRO.** Una vez autorizada por el Comité Técnico Científico la tecnología NO POS, la entidad promotora de salud del régimen contributivo deberá garantizar su suministro y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el Fosyga, de conformidad con lo establecido en la presente resolución.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar la solicitud de recobro ante las entidades territoriales competentes.

**PARÁGRAFO.** Si la tecnología en salud ordenada por el médico tratante y autorizada por el Comité Técnico Científico se encuentra dentro del Plan Obligatorio de Salud, no podrá ser recobrada, ni será pagada por el Fosyga.

### TÍTULO III.

#### REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN, RADICACIÓN, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.



**ARTÍCULO 12. REQUISITOS PARA LAS ENTIDADES RECOBRANTES.** Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados.

Dicho plan deberá actualizarse conforme a lo señalado en el Acuerdo número 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la norma que lo modifique, adicione o sustituya y remitirse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.



**ARTÍCULO 13. REQUISITOS GENERALES PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS.**

Las entidades recobrantes deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT) que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.
2. Copia del Acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o copia del fallo de Tutela.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.



**ARTÍCULO 14. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO ORIGINADAS EN ACTAS DE COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO (CTC).** Cuando se trate de recobros originados en actas de Comité Técnico-Científico (CTC) donde se autorice el suministro de tecnologías en salud NO POS, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

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

1.1 Fecha de elaboración y número de acta.

1.2 Nombre o tipo y número de identificación del usuario.

1.3 Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades –CIE 10 y análisis del caso objeto de estudio.

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

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

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

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

1.5.3 Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe identificarse en el acta, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

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

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

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

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

1.6.2 Identificación del o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que se reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan de Beneficios procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico-Científico (CTC), deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

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

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

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

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

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

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

3. Evidencia de la entrega de la tecnología No POS, así:

3.1 Cuando la tecnología NO POS autorizada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

3.2 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria:

Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

**PARÁGRAFO 1o.** En caso de prestaciones sucesivas, la copia del acta del Comité Técnico- Científico (CTC) se radicará por una única vez ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia.

**PARÁGRAFO 2o.** Las actas que se generen de las reuniones del Comité Técnico-Científico (CTC) junto con sus soportes deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás entidades de control, en el momento en que estas las requieran.

**PARÁGRAFO 3o.** Las actas del Comité Técnico-Científico (CTC), deberán estar debidamente firmadas por sus integrantes. Cuando la copia del acta que se remita como soporte de la solicitud del recobro no cuente con la totalidad de las firmas, se deberá adjuntar certificación del representante legal de la entidad recobrante donde indique bajo la gravedad del juramento que la sesión se realizó en la fecha indicada y las razones por las cuales no está suscrita por alguno de los integrantes autorizados.

**PARÁGRAFO 4o.** La copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) en el formato que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, será exigible para las solicitudes de recobro presentadas a partir del primero (1o) de mayo del 2014.



**ARTÍCULO 15. DOCUMENTOS ESPECÍFICOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA.** Cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar:

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

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

2.1 Cuando la tecnología NO POS ordenada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

2.2 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.

2.3 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria:

Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

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

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

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

**PARÁGRAFO 1o.** Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo.

**PARÁGRAFO 2o.** Las solicitudes de recobros que se presenten al Fosyga a partir del 1o de mayo de 2014 y que tengan como origen fallos de tutela que no sean expresos en cuanto a la tecnología en salud ordenada, deberán presentar el formato de la justificación de la necesidad médica, que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.



## **ARTÍCULO 16. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.**

La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, como mínimo:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS.
2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura no esté discriminada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad podrá certificar dicho detalle.

4. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO POS, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente a la cual se imputa la certificación.

5. Certificación del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa la tecnología en salud NO POS y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud NO POS.

6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de tecnologías en salud NO 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.

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, deberá allegarse copia de: la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en una única solicitud recobro.

**PARÁGRAFO 2o.** Cuando se generen 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 será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

**PARÁGRAFO 3o.** Para efectos del recobro por tecnologías en salud NO POS, suministradas por Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

## TÍTULO IV.

### PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.



**ARTÍCULO 17. ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL.** Las solicitudes de recobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de prerradicación, radicación, preauditoría y auditoría integral.

## CAPÍTULO I.

### ETAPA DE PRERRADICACIÓN.



**ARTÍCULO 18. OBJETO DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN.** El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.



**ARTÍCULO 19. INICIACIÓN DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN.** Esta etapa inicia con el registro de la información correspondiente a cada solicitud de recobro, por la entidad recobrante vía web en el sistema que implemente el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, siguiendo las

instrucciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

**PARÁGRAFO.** El registro de la información por las entidades recobrantes se realizará de acuerdo al cronograma adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.



**ARTÍCULO 20. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
2. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed).
4. Código Único de Medicamentos (CUM).
5. Registro Único de Víctimas (RUV).
6. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dispondrá para consulta la información que servirá de fuente para las validaciones.



**ARTÍCULO 21. RESULTADO DE LA VALIDACIÓN.** La validación de la información registrada por la entidad recobrante en el sistema, podrá generar los siguientes resultados:

1. El ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información supera todas las validaciones, generando automáticamente:

1.1 El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada recobro.

1.2 El formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico- Científico (CTC) y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el Contador Público de la entidad recobrante.

2. El ingreso del recobro a la etapa de radicación con alertas: Se presenta cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas que se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los números de identificación de cada recobro y los formatos MYT y MYT-R que correspondan.

3. El no ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.



**ARTÍCULO 22. FINALIZACIÓN DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN.** La etapa de prerradicación finaliza satisfactoriamente cuando la entidad recobrante dispone de los formatos de solicitud de recobro (formato MYT) y resumen de radicación (Formato MYT-R) para la radicación.

El formato resumen de radicación de las solicitudes de recobros (Formato MYT-R) debe ser impreso y suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad recobrante, este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

## **CAPÍTULO II.**

## ETAPA DE RADICACIÓN.



**ARTÍCULO 23. OBJETO DE LA ETAPA DE RADICACIÓN.** El objeto de esta etapa es presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, los formatos MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, que se indicaron en el Título III de la presente resolución, según corresponda.

Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

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



**ARTÍCULO 24. PRESENTACIÓN DE LOS SOPORTES.** Los soportes de las solicitudes de recobro podrán presentarse en medio magnético o impreso, conforme a las especificaciones técnicas definidas por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

**PARÁGRAFO 1o.** En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro presentadas.

**PARÁGRAFO 2o.** En caso de presentación de los soportes en medio impreso, las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos físicos.

## CAPÍTULO III.

### ETAPA DE PREAUDITORÍA.



**ARTÍCULO 25. OBJETO DE LA ETAPA DE PREAUDITORÍA.** El objeto de esta etapa es verificar que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.



**ARTÍCULO 26. COTEJO DE INFORMACIÓN Y SU RESULTADO.** Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro que superaron las etapas de prerradicación y radicación, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

Se tendrán por no presentadas las solicitudes de recobro que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de cada recobro (Formato MYT), respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT-R).
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o del fallo de tutela, según sea el caso.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.

5. Ilegibilidad de los soportes del recobro.

6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

En estos casos el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, procederá a:

1. Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro (Formato MYT).
2. Anular el número de radicación del formato resumen de radicación (Formato MYT- R), si es del caso.
3. Informar a la entidad recobrante, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de preauditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

**PARÁGRAFO.** Si se cumple el año de que trata el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012 para presentar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), una solicitud de recobro radicado oportunamente y es objeto de anulación en la etapa de preauditoría la entidad recobrante podrá presentarla por una única vez en el periodo de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre entrega de la documentación, evento en el cual se entenderá radicado en término. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

## **CAPÍTULO IV.**

### **ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.**



**ARTÍCULO 27. OBJETO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.** El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros.

**PARÁGRAFO.** Los recobros que ingresen al proceso de auditoría integral se auditarán conforme al manual de auditoría que se adopte para el efecto.



**ARTÍCULO 28. RESULTADO DEL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL.** El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será:

1. Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:
  - 1.1 Aprobado total: Cuando todos los ítems del recobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
  - 1.2 Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.
  - 1.3 Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.
2. No aprobado: Cuando todos los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.



**ARTÍCULO 29. COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA A LAS ENTIDADES RECOBRANTES.**

El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro se comunicará por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, al representante legal de la entidad recobrante, a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante y al domicilio informado por la misma, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. Se conservará copia de la constancia de envío.

**PARÁGRAFO.** A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría.



**ARTÍCULO 30. CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN.** La comunicación deberá contener la siguiente información:

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



**ARTÍCULO 31. OBJECCIÓN A LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA.** La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.

Si la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se pueden desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información; si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas.

Las objeciones incluirán el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.



**ARTÍCULO 32. RESPUESTA A LA OBJECCIÓN PRESENTADA POR LA ENTIDAD RECOBRANTE.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se autorice para tal efecto, dentro del mes siguiente a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

## TÍTULO V.

### TÉRMINOS Y PLAZOS.



**ARTÍCULO 33. TÉRMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.** Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de prerradicación y radicación de las solicitudes de recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012.



**ARTÍCULO 34. DÍAS HABILITADOS PARA LA RADICACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.** Las entidades recobrantes deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

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

**PARÁGRAFO 2o.** Aquellos recobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.



**ARTÍCULO 35. PLAZO PARA ADELANTAR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE PREAUDITORÍA Y AUDITORÍA INTEGRAL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO Y EFECTUAR EL PAGO CUANDO SEA PROCEDENTE.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro.

Dentro del mismo término, efectuará el pago a las entidades recobrantes o a los proveedores autorizados por éstas, cuando la auditoría integral arroje como resultado la aprobación del recobro. El pago se realizará a la cuenta bancaria registrada ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.



**ARTÍCULO 36. DÍAS HABILITADOS PARA LA RADICACIÓN DE LAS OBJECIONES.** El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

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

## **TÍTULO VI.**

### **PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.**



**ARTÍCULO 37. GIRO PREVIO DE RECURSOS AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE LOS RECOBROS.**

El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, efectuará a más tardar el octavo (8o) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral, a favor de las entidades recobrantes de las tecnologías en salud NO POS, por un monto equivalente al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el valor total de las solicitudes radicadas en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce períodos, excluyendo la glosa de extemporaneidad y una desviación estándar.

Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.



**ARTÍCULO 38. REQUISITOS PARA EL GIRO PREVIO DE RECURSOS AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL.**

El giro de recursos previo al proceso de auditoría integral procederá solamente si la entidad recobrante presenta:

1. Autorización suscrita por su representante legal para deducir de los pagos que deba efectuar el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) por concepto de compensación, recobros referentes a otros períodos o pagos de cualquier otra naturaleza, los montos insolutos, cuando el valor aprobado en el proceso de auditoría integral de las solicitudes de los recobros resulte inferior al giro previo.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, acudirá al mecanismo que sea necesario para obtener el reintegro de los valores, cuando a ello hubiere lugar.

2. En el caso de solicitudes excepcionadas del pago de la factura o documento equivalente, autorización suscrita por su representante legal para que los recursos del pago previo se giren directamente a sus proveedores de tecnologías en salud NO POS, conforme a la distribución realizada por la entidad recobrante, a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga o quien haga sus veces.

El valor de los recursos de giro previo será distribuido por las entidades recobrantes de manera proporcional al valor de las solicitudes radicadas mensualmente de cada proveedor, una vez le informe el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o a quien haga sus veces.

3. En el caso de solicitudes cuya factura o documento equivalente haya sido pagada, autorización suscrita por su representante legal, para que del saldo de la liquidación del giro previo se asigne mínimo el 50% a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el porcentaje restante a favor de la entidad recobrante conforme a la distribución realizada por esta, a la cuenta bancaria registrada ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.

4. Renuncia expresa de la entidad recobrante, al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación, respecto de las solicitudes cuyo pago se efectúe.

En todo caso, la ordenación del gasto y autorización del giro, que realice el Ministerio de Salud y Protección Social estará supeditada a que el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces y que el interventor del contrato de encargo fiduciario, remitan certificación sobre el valor a girar y concepto de procedibilidad de giro, respectivamente.

**PARÁGRAFO.** Las entidades recobrantes para acceder al giro de recursos de manera previa a la auditoría integral, deberán remitir los documentos señalados en el presente artículo en los términos y formatos que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.



**ARTÍCULO 39. ENTIDADES EXCEPTUADAS DE LA MEDIDA DE GIRO PREVIO.** Las entidades recobrantes que se encuentren incurso en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.



**ARTÍCULO 40. MONTO A RECONOCER Y PAGAR POR RECOBRO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS.**

El monto a reconocer y pagar por recobros de tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

**1. Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela.**

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

Cuando para el medicamento NO POS recobrado se haya establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

Para el cálculo del monto del comparador se empleará la siguiente fórmula:

*Valor Calculado = P \* Q, en donde:*

*P: Monto base del comparador administrativo (por unidad mínima de concentración:*

*g/ mg/mcg/U.I., según corresponda).*

*Q: Cantidad total del principio activo del comparador administrativo (En unidad mínima de concentración: g/ mg/mcg/U.I., según corresponda) equivalente a la cantidad total de principio activo en el medicamento objeto de recobro en la indicación empleada.*

Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

**2. Procedimientos de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.

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

**3. Procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), o por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el Comité Técnico-Científico (CTC) u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

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

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, el

Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

**PARÁGRAFO 2.** Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, el Fosyga reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

**PARÁGRAFO 3o.** Cuando el valor solicitado de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), sea menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo, se debe entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro.

**PARÁGRAFO 4o.** En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

