	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 1 de 39	

Denominación: Concepto Técnico Sobre Dictamen para la Oficina Asesora Jurídica – OAJ

Proceso: Ordinario Laboral No. **11001310500320180002000**

Demandante: ALIANSALUD EPS

OBJETIVO

Elaborar un concepto técnico conforme a la solicitud de la Oficina Asesora Jurídica – OAJ de la ADRES mediante correo electrónico de fecha 09 de febrero de 2026, a través del cual solicitó la colaboración en la contradicción del dictamen pericial aportado dentro del proceso Ordinario Laboral No. **11001310500320180002000** a través del cual ALIANSALUD EPS demanda a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

I. SOLICITUD OFICINA ASESORA JURÍDICA


La Oficina Asesora Jurídica solicitó apoyo en la realización de la contradicción del dictamen pericial aportado dentro del proceso Ordinario Laboral No. **11001310500320180002000**, como se indicó en el objetivo del presente informe, para lo cual adjuntó un enlace que dirige al expediente digital.

Respecto a la solicitud de la OAJ es pertinente realizar las siguientes precisiones:

1. Responsabilidad de las firmas consultoras en las auditorías de los recobros demandados:

El resultado de auditoría, estado y glosas que actualmente presentan los recobros en el Sistema de Información de la ADRES es el asignado por la firma auditora contratada en su momento por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que para el caso de los recobros contenidos en el proceso judicial que nos ocupa le correspondió al Consorcio FIDUFOSYGA 2005 con quien el Ministerio suscribió el contrato de encargo fiduciario para la administración de los recursos del FOSYGA No. 242 de 2005, así mismo, la Unión Temporal Nuevo FOSYGA, Consorcio Minsalud -2015 con quien el Ministerio suscribió los contratos de consultoría No. 055 de 2011, por cuanto se trata de recobros contenidos en paquetes conformados con recobros radicados y auditados durante los años **2013 y 2014**.

En consecuencia, ninguna de las manifestaciones que se realicen en el informe de concepto técnico que se emite, pretende ni va a cambiar el resultado

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 2 de 39	

de auditoría que impuso el consorcio en su respectivo momento, y en consecuencia no exonera la responsabilidad del mismo, respecto de los errores que por acción u omisión hayan podido cometer en la aplicación de los criterios de auditoría, la verificación de soportes, requisitos y en general todos los aspectos que debía considerar cuando practicó la auditoría en salud, jurídica y financiera; errores que de existir pudieran quedar en evidencia al emitir este concepto sobre la auditoría e inclusive durante el trámite del proceso judicial.

Por lo anterior, es preciso destacar que, el mencionado contrato contiene una cláusula relativa a incumplimientos de este tipo por parte del contratista, a saber, la contenida en el contrato de encargo fiduciario para la administración de los recursos del FOSYGA No. 242 de 2005, Clausula Décima la cual estableció lo siguiente:


CLAUSULADECIMA: NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES DE EL CONSORCIO. Las obligaciones que adquiere EL CONSORCIO en virtud de este contrato, con excepción del desarrollo del software y del sistema de información incluyendo la base de datos del FOSYGA, son de medio y no de resultado. EL CONSORCIO responderá hasta por culpa leve en el cumplimiento de su gestión.

Así las cosas, es claro para esta dirección que, el consorcio está llamado a ser vinculado dentro de los procesos judiciales como Llamado en Garantía e Interviniente y, por consiguiente, jurídicamente responsable en los procesos donde sea parte la ADRES, concluyendo que la ADRES a través de la Oficina Asesora Jurídica deberá iniciar las acciones que considere pertinentes para que el contratista repare los daños y perjuicios que se pudieran generar como consecuencia de sentencias en las que se condene a la ADRES por haberse determinado en el curso del proceso errores en la auditoría.

2. Idoneidad del informe del concepto técnico para controvertir el dictamen pericial:

El dictamen pericial es un medio de prueba, en el cual, se aportan conocimientos científicos, técnicos o artísticos, con el fin de valorar hechos o circunstancias relevantes en un asunto o adquirir certeza sobre ellos. Dentro del proceso judicial, es uno de los elementos determinantes para el juez, por considerarse que la opinión de un experto es determinante para la resolución de un litigio.

Este tipo de conocimiento, no lo tienen la mayoría de los jueces y en el entendido de que la discusión versa sobre el alcance de normas del sistema general de seguridad social en salud, resulta indispensable la opinión de un perito; así se colige que lo determinó ALIANSALUD EPS cuando aportó el dictamen pericial dentro del proceso de la referencia, con el fin de demostrar las afirmaciones de su demanda.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 3 de 39	

Al respecto y frente a la contradicción del dictamen pericial, el Código General del Proceso, en su artículo 228, estableció:

*Artículo 228. Contradicción del dictamen: **La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones.** Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuanes. Las partes tendrán derecho, si lo consideran necesario, a interrogar nuevamente al perito, en el orden establecido para el testimonio. Si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor. (Negrita y Subraya fuera de texto original).*


De la norma en cita, se colige que, en este caso la ADRES, frente al dictamen pericial aportado por la entidad demandante tiene la posibilidad de aportar otro dictamen para controvertir esa opinión y también tiene la oportunidad de interrogarlo en audiencia.

De otro lado, la Ley 1437 de 2011, por medio de la cual se expidió el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en su artículo 222 dispuso:

ARTÍCULO 222. Reglas especiales para las entidades públicas.

*1. Para aportar el dictamen pericial o **contradecirlo** en los casos previstos en la ley, se faculta a las entidades públicas para que **mediante contratación directa seleccionen los expertos que atenderán la prueba pericial requerida en un proceso judicial.** Esta pericia también podrá ser contratada durante las restricciones establecidas en la Ley 996 de 2005. Con el mismo fin se podrán contratar asesorías técnicas. (...)* (Negrita y subraya fuera del texto original).

Así las cosas, a juicio de esta dirección, la ADRES debe dar uso de la facultad que le otorga la ley procesal y adelantar la contratación directa de un tercero experto con el fin de contradecir el dictamen pericial aportado por la demandante a través de un dictamen pericial que aporte esta entidad, además de concurrir a la audiencia, con su propio perito, a controvertirla, toda vez que una discusión dialéctica y eminentemente técnica en la que se defienden posiciones contrarias

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 4 de 39	

respecto a uno o varios puntos dentro de uno o varios recobros, es mucho más provechosa para que el juez pueda resolver adecuadamente el litigio y esto podría resultar favorable para la ADRES como demandada, pues de no ser así, aumenta la probabilidad de que el juez falle a favor del demandante con base en la exposición unilateral del perito que contrató este y que podría estar parcializada y conceptuada a favor de sus intereses.

En este orden de ideas, es claro que este informe de concepto técnico, aunque se decidiera aportar al proceso, per se, no tiene el valor probatorio que tiene el dictamen pericial y aunque tuviera la vocación o la intensión de contradecirlo no es la prueba idónea para hacerlo. No obstante, este informe técnico se rinde con el fin de servir de apoyo al abogado de la Oficina Asesora Jurídica que lo requiere y que se encuentra a cargo de la representación judicial dentro del proceso del asunto y que se entiende deberá interrogar al perito de la contra parte. Esta actividad se adelanta en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1429 de 2016, artículo 17, que estableció dentro de las funciones de la Dirección de Otras Prestaciones en el numeral 6, la siguiente:


*6. Prestar a la Oficina Asesora Jurídica **el apoyo técnico requerido** para adelantar la defensa de los intereses del Estado en los procesos judiciales y demás reclamaciones que se adelanten en el marco de las competencias de la dependencia.*
... (Negrita y subraya fuera del texto Original).

3. Ausencia de imágenes de recobros:

Respecto a los recobros que hacen parte del proceso judicial, se tiene que el perito valora los hechos cuya demostración le incumben a la parte que los afirmó mediante el medio probatorio conducente para tal fin, para el proceso del asunto, el medio probatorio son los recobros y los soportes que los componen. En consecuencia, el dictamen de un perito no tiene ningún valor cuando se rinde sobre hechos que no están probados de esa manera, entonces la opinión sobre un recobro o la valoración que sobre este hace el perito no puede sustituir la prueba del hecho materia de valoración, para este caso los recobros.

Por lo tanto, si los hechos que valora el perito se fundamentan en documentos que él ha examinado, por ejemplo, las historias clínicas, las facturas, las ordenes médicas, los fallos de tutela, entre otros que conforman las solicitudes de recobro; es indispensable que la parte que aporta el dictamen allegue los recobros, teniendo claro entonces que estos deben obrar en el expediente para que la contraparte pueda ejercer adecuadamente su derecho a controvertir esta prueba.

Sabemos que la carga de la prueba la tiene la parte que aporta el dictamen, ahora bien, para que la Dirección de Otras Prestaciones pueda emitir un

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 5 de 39	


concepto técnico respecto a los recobros que se mencionan en el dictamen pericial, es preciso que la Oficina Asesora Jurídica facilite dicha información, ya que es quien actúa como contraparte dentro del proceso y tiene acceso a los documentos que obran y se producen dentro del expediente. Adicionalmente la guía metodológica VALR-GU10_Guia de Apoyo Técnico DOP-OAJ_V01, respecto a imágenes definió varios aspectos, así:

- ✓ **Página 12:** *Cuando se requieran las copias de las imágenes de los recobros o reclamaciones, la OAJ las solicitará a la DGTIC.*
- ✓ **Página 15:** *Adicionalmente, la OAJ reúne la información documental y la dispone para consulta. La información dispuesta corresponde a las imágenes de los recobros o reclamaciones que hacen parte del proceso jurídico. En el evento en el que la Oficina Asesora Jurídica no cuente con la totalidad de las imágenes, las debe requerir a la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones mediante el Portal de Servicios de la Mesa de Servicios o por el canal que esa Dirección disponga para tal fin.*
- ✓ **Página 16:** *Imágenes del proceso: El correo electrónico de la Oficina Asesora Jurídica debe informar el vínculo que permita el acceso y descarga de las carpetas con las imágenes de los recobros/reclamaciones del proceso.*

En este orden de ideas, así como el perito no debe pronunciarse sobre recobros cuyos soportes no fueron aportados dentro del proceso judicial, para esta Dirección no es dable emitir un concepto técnico sobre recobros cuya imagen no ha sido dispuesta por parte de la Oficina Asesora Jurídica, por lo tanto, se determinarán en el informe y su anexo como *Sin concepto por ausencia de imagen*. Frente a dichos recobros en consideración de esta Dirección, debe con mayor razón mantenerse las razones para el no reconocimiento y no pago, esto es, las glosas impuestas por las firmas auditoras en su momento, cuya auditoría fue certificada por la firma que tenía a cargo la interventoría de los contratos de consultoría que ejecutaban las firmas auditoras.

Ahora bien, en los casos en los que la Oficina Asesora Jurídica, se observa que la cantidad de recobros sobre los que el perito no rindió dictamen por cuenta de ausencia de los soportes es menor a los que se reportan en el informe de concepto técnico sin imagen, deberá gestionar las imágenes y allegarlas a esta Dirección para su análisis.

Al respecto, es claro que el principio la carga probatoria está en quien alega el derecho o quien ejerce el derecho de acción, solo en casos excepcionales el juez invierte la carga de la prueba o traslada esa obligación al demandado, ahora bien, se observa que el Perito en el dictamen que nos ocupa indica que, de los **228** ítems objeto del dictamen, indicó que **3 no** cuentan con las respectivas imágenes o están incompletas; conceptuó como No POS **228** ítems; el equipo

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 6 de 39	

de Conceptos Técnicos encontró **214** ítems con imágenes disponibles para pronunciarse, y **14** ítems sin imágenes o no se encontró la imagen que hace referencia al soporte principal sobre el que recaía la glosa o las glosas, siendo imposible emitir un concepto. Por lo tanto, le corresponde a la OAJ verificar tal situación y si lo considera pertinente, allegar a esta Dirección las imágenes de los soportes de todos los recobros que reposan en el expediente judicial con el fin de que estos sean verificados.

Dado que no se cuenta con todas las imágenes necesarias, el análisis del dictamen pericial debió realizarse con la información disponible. Esto implicó que algunos recobros o ítems recobrados no pudieran ser evaluados, lo cual debe ser considerado al emitir el informe, pues la falta de imágenes completas afecta directamente la posibilidad del equipo de Conceptos Técnicos para realizar un análisis preciso de las glosas invocadas a los recobros e ítems.


II. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ADELANTADO

Se analizaron los argumentos presentados por la empresa experta Acíel Soluciones Integrales S.A.S. para rendir el dictamen pericial **EXPERTICIO TECNICO, CIENTIFICO Y MEDICO A LA DEMANDA INSTAURADA POR LA EPS ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. PROCESO ORDINARIO LABORAL No. 2018-00020**, así mismo, se validaron los aspectos técnicos y se revisó la información complementaria aportada por la Oficina Asesora Jurídica – OAJ de la ADRES, así:

1. **Verificación documental:** Se evaluó el contenido de la solicitud del correo electrónico de la OAJ y los documentos complementarios adjuntos. El dictamen inicialmente versa sobre **228** ítems inmersos en **166** recobros.
2. **Verificación técnica:** Para verificar la consistencia de los soportes de los recobros que contienen imágenes, involucrados en la solicitud de concepto técnico sobre el dictamen, se identificaron las normas que aplican y en efecto, la consultadas para la determinación de aplicabilidad o no de las glosas, son las siguientes:

Tabla No. 1
Normatividad considerada

Norma	Año	Aplicación
Decreto 1426	2016	Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5395	2013	Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 7 de 39	

Norma	Año	Aplicación
Resolución 548	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.
Resolución 3099	2008	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.


Fuente: Normatividad Nacional.

3. **Verificación de sistemas:** De acuerdo con la información registrada en el archivo de Excel suministrado por la OAJ, se cotejaron los datos frente a la información disponible en la intranet SII MYT de la ADRES.

III. INFORMACIÓN CUANTITATIVA DEL DICTAMEN Y LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS BASES DE DATOS DE ADRES

De conformidad con la solicitud de la Oficina Asesora Jurídica mediante la cual solicita emitir un concepto técnico sobre el dictamen pericial, presentado con ocasión del proceso Laboral No. **11001310500320180002000**, que cursa en el Juzgado 42 Laboral del Circuito de Bogotá, en donde las partes intervinientes son ALIANSALUD EPS en contra de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES; se expone lo siguiente:

1. El dictamen realizado por la empresa especializada Aciel Soluciones Integrales S.A.S; se refiere a **228** ítems inmersos en **166** recobros que ALIANSALUD EPS presentó como consecuencia de la prestación de servicios ocurridos entre el 14 de enero de 2013 al 25 de septiembre de 2014, y que fueron radicados por primera vez, entre el 8 de noviembre de 2013 al 18 de noviembre de 2014, con el fin de obtener su reconocimiento y pago, dichos recobros fueron objeto de glosa o causal de no pago total o parcial por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.
2. Dentro del dictamen se informa el resultado y unas conclusiones por parte del perito, en donde se refieren a **6** ítems que según lo indicado, “cumplen con el soporte de pago”, **pero ningún recobro tiene una glosa referente al soporte de pago**, el motivo de la glosa general para todos los recobros en este dictamen pericial es respecto de los soportes, o que

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 8 de 39	

no fueron allegados o que los que se encuentran, no cumplen con lo establecido, tal como se puede observar en la página **57** del documento en formato PDF:

Imagen No. 1
Cuadro resumen realizado por el perito sobre el resultado y las conclusiones de los recobros analizados en el dictamen


RESULTADO DE AUDITORIA	# SERVICIOS	CARTERA INICIAL
SERVICIOS NO POS CON CUMPLIMIENTO DE ESENCIALES	217	\$ 270.118.294
SERVICIOS CON CUMPLIMIENTO CAUSAL DE GLOSA	2	\$ 111.400
SERVICIOS NO POS CON SOPORTE DE PAGO	6	\$ 59.474.472
TOTAL	225	\$ 329.704.166

Fuente: Dictamen Acción Judicial 2018-00020

3. El equipo de Conceptos Técnicos generó directamente desde la base de datos de recobros de la ADRES, un reporte que consulta, entre otros aspectos, el estado de aprobación de los **228** recobros objeto del dictamen pericial, encontrando que estos presentan estados de auditoría ordinaria tales como, «Aprobado», «No aprobado» y «Devuelto» sobre los cuales se encuentran aplicadas glosas únicas y glosas combinadas.

IV. OBSERVACIONES SOBRE PUNTOS ESPECÍFICOS DEL DICTAMEN QUE LLAMARON LA ATENCIÓN.

1. En el numeral 3 «METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL EXPERTICIO» numeral (4.5.4) del dictamen en las páginas **35 y 35**, señaló «se cumple con alguno de los dos requisitos que permiten el reconocimiento de los dineros no cancelados por el FOSYGA a la EPS ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.»; **se debe indicar que cumple con la totalidad de los requisitos, no "con alguno", el perito debe conceptuar en el dictamen, cuáles son los recobros que cumplen con la "totalidad de los requisitos"**, sin embargo, el perito no le indica en esta parte al juez cuales son la totalidad de esos requisitos esenciales con los que deben cumplir los recobros, y no le aclara que hay recobros sin imágenes y no basta con que simplemente sea una tecnología NO POS; para el efecto y respecto a la presentación de los recobros que son objeto del dictamen, cuyas prestaciones ocurrieron entre el 14 de enero de 2013 al 25 de septiembre de 2014, estas debían ser tramitadas mediante un único procedimiento, cuyo contenido previó los requisitos generales y

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 9 de 39	

específicos, así como causales de devolución, rechazo y aprobación condicionada, las normas que regían dicho procedimiento cuando se originaron las prestaciones, fueron las resoluciones 548 de 2010 y resolución 5395 de 2013, además, que los mismos deben ser presentados dentro de los tiempos establecidos en la norma los cuales son perentorios, y no pueden perdurar en el tiempo las solicitudes y esperar a que la EPS presente la solicitud cuando a bien tenga y por fuera de los tiempos para ser radicados.


2. En la página **58**, el perito señala: « *Las cuantías pendientes de pago por parte del FOSYGA a la EPS ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. por el no reconocimiento de los valores de los recobros presentados en la Acción Judicial 2018-00020*». Esa afirmación, también denota una parcialidad por parte del perito, puesto que no son los valores que están pendiente de pago, sino que, su tarea consiste en **validar** que los recobros presentados se ajustan a lo que normativamente está dispuesto para su reconocimiento o negación.

3. Se reitera que, en un Dictamen Pericial no es acertado emitir un concepto sobre pretensiones de la demanda que no tengan como sustento la prueba, los documentos, entiéndase el recobro; pues entonces se puede concluir que su labor frente a estos recobros que carecen de imagen estuvo enfocada en dar su opinión sobre hechos que no puede comprobar, lo que denota una parcialidad por parte del perito frente a la revisión de los recobros objeto del dictamen. Se insiste, en que el perito debe pronunciarse sobre las pruebas, estas son los soportes documentales de cada recobro, y si estos no fueron aportados, pues no debe pronunciarse ni hacer o sugerir juicios de valor respecto a las glosas, señalando que están justificadas o injustificadas.

4. En el punto 3 en la página **24** del dictamen que se refiere al «**MARCO NORMATIVO PARA DETERMINAR SI LOS SERVICIOS RECOBRADOS SON POS O NO POS**», pero en este punto no se refiere a las normas importantes que se refieren al procedimiento de recobros, tal como la resolución 548 de 2010.

V. RESPUESTA A LA SOLICITUD DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA

Una vez analizado el archivo que acompaña el presente informe «005_Aliansalud_002000_70_Reporte», y para mayor comprensión de la Oficina Asesora Jurídica, se determinó que los ítems objeto del debate son (**228**), respecto de los cuales el perito señaló como *NO PBS* la totalidad de estos, en consecuencia, los ítems que se analizaron se agruparán de la siguiente forma; ítem aprobado (**1**); ítems que no tienen asignada una glosa, por ende no se emite concepto (**13**); medicamentos que No se encuentran incluidas en el POS/PBS y pueden ser financiadas con los recursos del SGSSS porque

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 10 de 39	

cumplen los criterios de procedimiento de recobros para poder proceder a su reconocimiento (**101**); medicamentos que se encuentran incluidos en el POS/PBS y por lo tanto, no pueden ser recobrados, debido a que ya fueron reconocidos dentro el valor que se paga mensualmente a cada EPS por concepto de Unidad de pago por Capitalización por cada uno de los afiliados o en su defecto, no cumplen con los criterios de procedimiento de recobros para poder proceder a su reconocimiento (**99**), ítems sin concepto por ausencia de imagen (**8**), y finalmente ítems sin concepto por ausencia de fallo (**6**).

El análisis de cada grupo de recobros e ítems incluirá la indicación en cuanto a la procedencia de la glosa, su necesidad o la imposibilidad de emitir un concepto por la ausencia de un soporte o documento esencial dentro del recbro, así:

1. **Análisis de los ítems en los que la glosa no se encuentra justificada.**


En los **101** ítems que se muestran en la tabla No. 2, se determinó que la glosa que tienen invocada no aplica y no se encuentra justificada, por cuanto se observó que, son elementos y medicamentos que no se encuentran incluidos en el PBS, y que fueron aportados los respectivos soportes, tales como, factura de venta, evidencia de entrega y fallos de tutela.

Tabla No. 2
Ítems en los cuales la glosa no se encuentra justificada.

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
1	106440856	1	14/09/2013	AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES
2	105177540	2	13/02/2014	APROVEL 300 MG
3	106412907	2	15/03/2014	APROVEL 300 MG
4	105490169	2	15/07/2014	APROVEL 300 MG
5	105695179	2	19/08/2014	APROVEL 300 MG
6	104466419	7	6/05/2014	ARCOXIA ® 90 MG TABLETAS (ETORICOXIB)
7	105023907	1	6/09/2013	ASTONIN® H TABLETAS
8	100052757	1	23/11/2013	ATEMPERATOR ® G 400
9	57030566	1	11/09/2013	BAYDOL® 60 MG CÁPSULAS
10	105837820	2	2/01/2014	BEDOYECTA TRI
11	105837823	2	3/02/2014	BEDOYECTA TRI
12	56778119	2	5/09/2013	BRIDION® 200 MG/2 ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN
13	57030209	3	4/08/2013	BRYTEROL SOLUCION INYECTABLE 4 MG/2ML
14	105837820	1	2/01/2014	CENTRUM SILVER CON LUTEINA.
15	105837823	1	3/02/2014	CENTRUM SILVER CON LUTEINA.

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
16	104466419	8	6/05/2014	CRANBERRY (VACCINUM MACROCARPUM) EQ A 18 MG DE PROANTOCIANIDINAS - POLVO PARA RECONSTRUIR A SOL ORAL 1.8 G/5 G - CYS CONTROL
17	103310334	15	4/02/2014	CYMEVENE POLVO LIOFILIZADO 500 MG
18	104466419	5	6/05/2014	DETRUSITOL SR 4 MG CAPSULAS
19	101889088	1	29/01/2014	DOSTINEX 0.5 MG TABLETAS
20	101892519	1	27/01/2014	DRUGTECH NEURACTIN 250 MG
21	102705201	1	25/03/2014	DRUGTECH NEURACTIN 250 MG
22	103212629	1	28/04/2014	DRUGTECH NEURACTIN 250 MG
23	101251659	1	22/01/2014	DYSPORE® 500 UI
24	103207456	1	30/04/2014	ENSURE LIQUIDO
25	104973965	1	30/05/2014	ENSURE LIQUIDO
26	105694763	2	3/09/2014	ENSURE LIQUIDO
27	104974089	3	3/07/2014	ENSURE PLUS HN
28	105023907	2	6/09/2013	ENTEREX DIABETIC
29	56778119	5	5/09/2013	ESMERON® 50 MG / 5 ML
30	104467470	1	17/06/2014	FERROPROTINA 40 MG GRANULADO PARA SOLUCION ORAL
31	105176778	2	21/08/2013	GABAPENTIN MK 400 MG CAPSULAS
32	104466419	2	6/05/2014	GARMISCH BROMUX 100 MG TABLETAS
33	104300478	5	28/04/2014	IMPLANTE DE CARDIORESINCRONIZADOR
34	105666440	1	18/06/2014	KADCYLA POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN 160MG/VIAL
35	105966483	1	25/09/2014	KADCYLA POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN 160MG/VIAL
36	104466419	1	6/05/2014	KETOPROFENO GEL
37	105023907	3	6/09/2013	LACTULAX JARABE
38	103951219	1	8/04/2014	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
39	105176571	2	2/10/2013	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
40	105176572	1	31/10/2013	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
41	105176803	1	30/08/2013	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
42	105176982	1	22/10/2013	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
43	105837552	1	27/11/2013	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
44	105837737	1	20/05/2014	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS
45	104466419	6	6/05/2014	LIORESAL 10 MG COMPRIMIDOS

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
46	57030556	1	19/09/2013	LUCENTIS ® 10 MG /ML SOLUCION INYECTABLE
47	105176571	1	2/10/2013	LYRICA 150 MG CAPSULAS
48	105176572	2	31/10/2013	LYRICA 150 MG CAPSULAS
49	105176803	2	30/08/2013	LYRICA 150 MG CAPSULAS
50	105177253	2	25/06/2014	LYRICA 150 MG CAPSULAS
51	105176450	1	23/05/2014	LYRICA 150 MG CAPSULAS
52	103276702	1	3/04/2014	LYRICA 75 MG CAPSULAS
53	105837980	1	29/05/2014	LYRICA 75 MG CAPSULAS
54	101461468	1	29/01/2014	LYRICA 75 MG CAPSULAS
55	104974089	2	3/07/2014	LYRICA 75 MG CAPSULAS
56	57030566	4	11/09/2013	MEDROL 16 MG TABLETAS
57	105023903	3	6/08/2013	METALYSE® 10.000 UI POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE
58	104466419	4	6/05/2014	MILPAX SUSPENSION
59	105177540	1	13/02/2014	NATRILIX® S.R.
60	106412907	1	15/03/2014	NATRILIX® S.R.
61	105490169	1	15/07/2014	NATRILIX® S.R.
62	105695179	1	19/08/2014	NATRILIX® S.R.
63	57050030	2	17/09/2013	NEBILET COMPRIMIDOS 5 MG
64	105176947	4	22/01/2014	NEURONTIN 800 MG.
65	105176949	4	25/04/2014	NEURONTIN 800 MG.
66	105023907	4	6/09/2013	NULYTELY POLVO PARA RECONSTITUIR
67	105023903	1	6/08/2013	ONDANSETRON 8 MG/4 ML
68	105023907	7	6/09/2013	ONDANSETRON 8 MG/4 ML
69	103060894	1	3/04/2014	PAÑAL ADULTO INCONTINENCIA SEVERA TALLA L-G UN
70	103207332	1	4/02/2014	PAÑAL ADULTO INCONTINENCIA SEVERA TALLA M UN
71	103607124	1	30/04/2014	PAÑAL ADULTO INCONTINENCIA SEVERA TALLA M UN - PAÑAL TENA EXTRA SLIP TALLA M UN
72	104466335	1	29/05/2014	PAÑAL ADULTO INCONTINENCIA SEVERA TALLA M UN - PAÑAL TENA EXTRA SLIP TALLA M UN
73	104466419	3	6/05/2014	PASTA LASSAR
74	104974089	1	3/07/2014	PASTA LASSAR
75	57050013	1	17/09/2013	PRO-BNP
76	101948849	1	21/02/2014	PRO-BNP

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 13 de 39	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
77	57049991	2	17/09/2013	PROCALCITONINA CUANTITATIVA
78	103812399	1	13/06/2013	PROPOFOL - LIPURO 1% (10 MG / ML).
79	105023907	5	6/09/2013	PROTEINEX
80	103820256	1	13/05/2014	PROTESIS MAMARIA
81	56954098	1	16/08/2013	REBIF ® 44 MCG / 0.5 ML MULTIDOSIS
82	106413339	1	13/05/2014	RETIRO DE PROTESIS MAMARIA
83	105176778	1	21/08/2013	SINALGEN® TABLETAS
84	57050030	1	17/09/2013	SPIRIVA® CAPSULAS CON POLVO PARA INHALACION
85	56778119	1	5/09/2013	SUPRANE (DESFLURANO USP)
86	26156709	1	6/09/2013	TIRILLAS DE GLUCOMETRO ACCU CH
87	106036366	1	15/09/2014	TRILEPTAL 600 MG COMPRIMIDOS
88	57049991	1	17/09/2013	TROMBOELASTOGRAFÍA (PRUEBA SIMPLE O HEPARINIZADA)
89	56778119	4	5/09/2013	ULTIVA INYECTABLE 2 MG
90	104466947	1	5/06/2014	URO-VAXOM CAPSULAS
91	105695513	1	5/08/2014	URO-VAXOM CAPSULAS
92	106413216	1	4/09/2014	URO-VAXOM CAPSULAS
93	57026061	2	25/06/2013	VELCADE®
94	105177253	1	25/06/2014	VERSATIS ® 5% PARCHES
95	100203359	1	25/11/2013	VERSATIS ® 5% PARCHES
96	105176450	2	23/05/2014	VERSATIS ® 5% PARCHES
97	57030566	2	11/09/2013	WINADEINE F-TABLETAS
98	106412952	1	19/05/2014	WINADEINE F-TABLETAS
99	105695506	1	19/08/2014	WINADEINE F-TABLETAS
100	103276701	1	21/03/2014	WINADEINE TABLETAS
101	57030209	1	4/08/2013	ZYVOXID 2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/ 005_Aliansalud_ 002000_70_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

2. Análisis de las tecnologías recobradas que se no encuentran incluidos en el PBS pero que incumplen los requisitos de procedimiento de Recobros, por lo tanto, no pueden ser aprobados y la glosa que le fue aplicada en su momento es correcta, por ende en el concepto se dejó como "Aplica".




	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 14 de 39	

Tabla No. 3
Ítems NO POS/No PBS que incumplen requisitos de procedimiento.


Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
1	101889458	1	27/02/2014	MEDIO DE CONTRASTE IOHEXOL O IOPAMIDOL	Procedimiento incluido en el POS Resolución 5521 de 2013
2	103212883	1	24/04/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Procedimiento incluido en el POS Resolución 5521 de 2013
3	103592333	1	30/04/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Procedimiento incluido en el POS Resolución 5521 de 2013
4	103812595	1	24/05/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Procedimiento incluido en el POS Resolución 5521 de 2013
5	103815995	1	13/05/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Procedimiento incluido en el POS Resolución 5521 de 2013
6	101890169	3	28/08/2013	MODULACIONES ENDO Y EPICARDICAS	Resolución 3099 de 2008
7	105081457	9	11/11/2013	DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA.	Resolución 3099 de 2008
8	105176839	4	12/12/2013	CYMBALTA 60 MG CAPSULAS	Resolución 3099 de 2008
9	105837730	1	10/10/2013	PAQUETE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL	Resolución 3099 de 2008
10	26198635	1	19/10/2013	PAÑAL ADULTO JUMBO TALLA L	Resolución 3099 de 2008
11	26010827	1	31/07/2013	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 3099 de 2008
12	26127537	1	25/09/2013	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 3099 de 2008
13	26157450	1	21/09/2013	VALIXA® TABLETAS LACADAS 450 MG	Resolución 3099 de 2008
14	26200414	1	25/10/2013	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 3099 de 2008
15	100202957	1	8/11/2013	SISTEMA BAHÁ UNILATERAL	Resolución 3099 de 2008
16	100937301	1	23/12/2013	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 3099 de 2008
17	101250657	1	9/12/2013	KEPPRA ® TABLETAS 1000 MG	Resolución 3099 de 2008
18	101310679	1	14/01/2014	MIRAPEX ® ER 3.0 MG	Resolución 5395 de 2013
19	101890179	1	6/03/2014	BOLSA DRENABLE OSTOMIA OPACA ATERNA 50MM	Resolución 5395 de 2013
20	101891532	1	3/02/2014	ATEMPERATOR ® G 200	Resolución 5395 de 2013
21	105024062	3	10/02/2014	VENTRICULOSTOMIA ENDOSC*NP GR	Resolución 5395 de 2013
22	102707628	1	5/03/2014	ATEMPERATOR ® G 200	Resolución 5395 de 2013

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 15 de 39	


Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
23	102707907	1	12/03/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Resolución 5395 de 2013
24	103363606	1	28/04/2014	ESTROBOSCOPIA LARINGEA	Resolución 5395 de 2013
25	103105150	1	3/04/2014	ATEMPERATOR ® G 200	Resolución 5395 de 2013
26	103595280	1	4/05/2014	CONCOR® 1.25 TABLETAS LACADAS	Resolución 5395 de 2013
27	103951581	2	23/04/2014	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA POR LAPAROSCOPIA	Resolución 5395 de 2013
28	103816061	2	22/04/2014	IMPLANTE DE CARDIORESINCRONIZADOR	Resolución 5395 de 2013
29	104882244	1	9/07/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Resolución 5395 de 2013
30	105214520	1	31/07/2014	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	Resolución 5395 de 2013
31	105665173	1	6/09/2014	OXIDO DE ZINC AL 40% UNGÜENTO TOPICO TUBO X 28G (DESLIN ORIGINAL)	Resolución 5395 de 2013
32	105665173	3	6/09/2014	LACTOBACILOS REUTIRI PROTECTIS SUSPENSION ORAL FRASCO X 5ML (BIOGAI GOTAS)	Resolución 5395 de 2013
33	105665173	4	6/09/2014	LACTOBACILOS REUTIRI PROTECTIS SUSPENSION ORAL FRASCO X 5ML (BIOGAI GOTAS)	Resolución 5395 de 2013
34	105665173	5	6/09/2014	PORTIFICADOR DE LECHE MATERNA POLVO PARA LACTANTES PREMATURO Y CON BAJO PESO AL NACER SOBRE X0.9G(SIMILAC)	Resolución 5395 de 2013
35	105665173	7	6/09/2014	FORTIFICADOR DE LECHE MATERNA LIQUIDO ACIDIFICADO CON HIERRO PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O DE BAJO PESO AL NACER VIA X4ML (ENFAMIL HUMA MILK PORTIFIER)	Resolución 5395 de 2013
36	106037402	1	3/06/2014	BARRERA COLOSTOMIA 57MM PLANA CON REB FOTANTE UND	Resolución 5395 de 2013
37	106412881	2	23/07/2014	LYRICA 150 MG CAPSULAS	Resolución 5395 de 2013
38	101251325	1	7/01/2014	ALIMENTO A BASE DE HARINA DE SOYA/SACAROSA/SUERO DE LECHE/VITAMINAS/MINERAL	Resolución 5395 de 2013

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 16 de 39	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
				ES POLVO PARA RECONSTITUIR LATA/360 G	
39	101251261	1	22/01/2014	BOTOX® 100U	Resolución 5395 de 2013
40	101461440	1	22/01/2014	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 5395 de 2013
41	103060583	1	27/02/2014	FREEGEN	Resolución 5395 de 2013
42	103060583	2	27/02/2014	ACRYLARM GEL OFTALMICO ESTERIL	Resolución 5395 de 2013
43	103060583	3	27/02/2014	KENALER® SOLUCION OFTALMICA.	Resolución 5395 de 2013
44	101913720	1	19/02/2014	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 5395 de 2013
45	101914258	1	21/02/2014	INMUNOTERAPIA [HIPOSENSIBILIZACION CON ANTIGENOS]	Resolución 5395 de 2013
46	102112331	1	25/02/2014	CALCIBON D 315 MG	Resolución 5395 de 2013
47	103060675	1	23/04/2014	UNGUENTO "ALMIPRO"	Resolución 5395 de 2013
48	103060877	1	5/05/2014	FREEGEN	Resolución 5395 de 2013
49	103060877	2	5/05/2014	ACRYLARM GEL OFTALMICO ESTERIL	Resolución 5395 de 2013
50	103060877	3	5/05/2014	KENALER® SOLUCION OFTALMICA.	Resolución 5395 de 2013
51	103060977	1	22/04/2014	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 5395 de 2013
52	103207166	1	22/04/2014	INMUNOTERAPIA [HIPOSENSIBILIZACION CON ANTIGENOS]	Resolución 5395 de 2013
53	103276950	1	23/04/2014	PAÑITOS HUMEDOS X UNIDAD	Resolución 5395 de 2013
54	103276950	2	23/04/2014	PAÑAL ADULTO INCONTINENCIA SEVERA TALLA M UN - PAÑAL TENA EXTRA SLIP	Resolución 5395 de 2013
55	103338807	1	7/05/2014	CAPRELSA 300MG X30 TABS	Resolución 5395 de 2013
56	104466068	1	23/05/2014	UNGUENTO "ALMIPRO"	Resolución 5395 de 2013
57	104466607	1	27/06/2014	FREEGEN	Resolución 5395 de 2013
58	104466607	2	27/06/2014	ACRYLARM GEL OFTALMICO ESTERIL	Resolución 5395 de 2013
59	104466607	3	27/06/2014	KENALER® SOLUCION OFTALMICA.	Resolución 5395 de 2013
60	104466817	1	20/06/2014	PAÑITOS HUMEDOS X UNIDAD - PEQUEÑIN	Resolución 5395 de 2013

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 17 de 39	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
61	104466817	2	20/06/2014	PAÑAL ADULTO INCONTINENCIA SEVERA TALLA M UN - PAÑAL TENA EXTRA SLIP	Resolución 5395 de 2013
62	104587419	1	15/05/2014	ATEMPERATOR ® G 400	Resolución 5395 de 2013
63	104467194	3	29/05/2014	ATACAND PLUS 16/12.5 MG. TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
64	104973916	2	30/05/2014	ACRYLARM GEL OFTALMICO ESTERIL	Resolución 5395 de 2013
65	104973916	3	30/05/2014	KENALER® SOLUCION OFTALMICA.	Resolución 5395 de 2013
66	105177853	1	4/08/2014	CARDIOASPIRINA 100 MG TABLETA CUBIERTA ENTERICA	Resolución 5395 de 2013
67	105177853	2	4/08/2014	CASTAÑA DE INDIAS 290 A 300MG EQ. A ESCINA DE 50 A 60MG CAPSULA	Resolución 5395 de 2013
68	105695183	1	4/08/2014	ATACAND PLUS 16/12.5 MG. TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
69	106036179	1	10/09/2014	CALCIBON D 315 MG	Resolución 5395 de 2013
70	106036387	1	29/08/2014	ATACAND PLUS 16/12.5 MG. TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
71	56778118	1	31/08/2013	SULFATO DE ZINC (2 MG DE ZINC/ML) SOLUCION ORAL	Resolución 548 de 2010
72	56780031	2	8/09/2013	PROCALCITONINA SEMICUANTITATIVA	Resolución 548 de 2010
73	56780031	3	8/09/2013	FLUXINOL 400 MG	Resolución 548 de 2010
74	56784169	1	7/08/2013	PRO-BNP	Resolución 548 de 2010
75	57027364	1	20/09/2013	ANGIOTAC DE ABDOMEN	Resolución 548 de 2010
76	57050012	1	9/08/2013	DAXIM 2.5 MG / ML	Resolución 548 de 2010
77	57050012	4	9/08/2013	PEPTIDO NATRIURETICO BNP	Resolución 548 de 2010
78	57050019	1	13/09/2013	PROCALCITONINA SEMICUANTITATIVA	Resolución 548 de 2010
79	57050019	2	13/09/2013	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA. PRE Y POS	Resolución 548 de 2010
80	105023904	1	25/07/2013	GASPRID M 5 MG TABLETAS	Resolución 548 de 2010
81	105023904	2	25/07/2013	ONDANSETRON 8 MG/4 ML	Resolución 548 de 2010
82	105023904	3	25/07/2013	TRAUCET	Resolución 548 de 2010
83	105023904	4	25/07/2013	FIBROELASTOGRAFIA TRANSITORIA	Resolución 548 de 2010
84	100917447	5	12/11/2013	ULTIVA INYECTABLE 2 MG	Resolución 548 de 2010

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 18 de 39	


Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
85	100820840	3	15/11/2013	XX AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES CON CARTO	Resolución 548 de 2010
86	101432356	2	18/05/2013	ONDANSETRON 8 MG/4 ML	Resolución 548 de 2010
87	100789277	1	3/12/2013	18 FED (18 FLUOR 2 DEOXY D GLUCOSA) EN DO	Resolución 548 de 2010
88	100917488	5	9/04/2013	VIGRADINA TABLETAS	Resolución 548 de 2010
89	101432360	4	27/03/2013	PNEUMO 23	Resolución 548 de 2010
90	100917940	2	25/10/2013	XX ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAPEO ABLACION PAQUETE	Resolución 548 de 2010
91	100917940	3	25/10/2013	XX IMPLANTE CARDIO RESINCRONIZADOR	Resolución 548 de 2010
92	100862547	1	27/11/2013	ATEMPERATOR ® G 200	Resolución 548 de 2010
93	100918770	1	26/12/2013	ATEMPERATOR ® G 200	Resolución 548 de 2010
94	57026128	2	14/01/2013	GLUCERNA® 1.5	Resolución 548 de 2010
95	105676286	1	30/08/2013	OTOEMISIONES ACUSTICAS	Resolución 548 de 2010
96	105176804	1	30/08/2013	DIOVAN ® 160MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 548 de 2010
97	100897202	1	21/11/2013	18FDG (18 FLUOR 2 DEGXY D GLUCOSA)	Resolución 548 de 2010
98	57026145	1	5/09/2013	IMPLANTE DE SEGMENTOS CORNEANOS UNILATERAL O.D.	Resolución 548 de 2010
99	57026127	2	21/02/2013	IMPLANTE COCLEAR	Resolución 548 de 2010

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/ 005_Aliansalud_ 002000_70_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

En relación con los **99** ítems involucrados en este numeral, la fecha de prestación de los servicios objeto del presente caso, ocurrieron entre el 14 de enero de 2013 al 10 de septiembre de 2014, por lo cual les aplica y deben cumplir los requisitos mínimos en las siguientes normas de procedimiento de recobros; Resolución 3099 de 2008. Resolución 548 de 2010 y Resolución 5395 de 2013, entre otras normas que complementan las anteriores, se traerá a colación algunos de los artículos que no cumplió la entidad demandante al momento de radicar las solicitudes de recobro.

Decreto 2200 de 2005:

Artículo 17. *Contenido de la prescripción.* La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 19 de 39	

1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
2. Lugar y fecha de la prescripción.
3. Nombre del paciente y documento de identificación.
4. Número de la historia clínica.
5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
7. Concentración y forma farmacéutica.
8. Vía de administración.
9. Dosis y frecuencia de administración.
10. Período de duración del tratamiento.
11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
13. Vigencia de la prescripción.
14. **Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.**


Resolución 3099 de 2008:

Artículo 8º. Excepciones. 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.

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.* 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 20 de 39	

documentos:

a) 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;

b) 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:

i) La fecha de elaboración y número del acta;

ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente;

iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio;

iv) 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;

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 reemplazan o sustituyen en el Plan Obligatorio de Salud equivalentes al o los servicios médicos y

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 21 de 39	

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) Modificado por el art. 1, Resolución Min. Salud 2729 de 2013. Modificado por el art. 1, Resolución Min. Protección 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 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 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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 22 de 39	

Artículo 11. *Requisitos especiales de la solicitud de recobros originados en fallos de tutela.* [Modificado por el art. 1, Resolución Min. Salud 782 de 2012.](#) **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) 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) Modificado por el art. 2, Resolución Min. Salud 2729 de 2013. 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 23 de 39	

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) [Adicionado por el art. 1, Resolución Min. Salud 782 de 2012](#)

g) [Adicionado por el art. 1, Resolución Min. Salud 782 de 2012, Derogado por el art. 1, Resolución Min. Salud 1153 de 2012](#)


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 25. [Modificado por el art. 8, Resolución Min. Protección 3754 de 2008.](#) **El nuevo texto es el siguiente:** *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.* 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.

Artículo 26. *Monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud.* [Modificado por el art. 9, Resolución Min. Protección 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**

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 24 de 39	

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 25 de 39	

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.

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 periodos 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 26 de 39	

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.

Resolución 548 de 2010:

Artículo 10. *Requisitos especiales para la radicación de recobros por medicamentos, dispositivos médicos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico.* Los recobros deben radicarse en la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto, diligenciando el formulario establecido para el efecto, allegando los siguientes documentos:

1. Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES EXCEPCIONALES EN SALUD - CTC", numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad.

2. Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se incluya la autorización del medicamento, el 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:


i) La fecha de elaboración y número del acta.

ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente.

iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio.

iv) El resumen de las prescripciones u órdenes, servicios o prestaciones médicas y su justificación, señalando la fecha y demás datos consignados en la misma, elaborada por el médico tratante, quien deberá identificarse plenamente e incluir su número de registro.

v) El detalle sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 27 de 39	

excepcional en salud, así:

a) El nombre del medicamento en su denominación común internacional (denominación genérica); identificación del grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s); concentración; forma farmacéutica; número de días/tratamiento; número de dosis/día y cantidad autorizada.

b) La identificación del objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación) del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos.

c) Los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo por el que se requiere una nueva evaluación.

d) 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, en su denominación común internacional (denominación genérica) 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. En el evento que no exista sustituto deberá indicarse tal circunstancia.

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 reemplazan 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 excepcional en salud, 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 identificación de los insumos por recobrar en términos técnicos o aquella adoptada por la autoridad competente, y con la denominación técnica, indicando el procedimiento para el cual fue utilizado, el cual se soportará mediante resumen de la historia clínica o epícrisis.

x) 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 epícrisis, historia clínica del afiliado o paciente.

xi) En caso de negarse la solicitud de suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, deberá indicar la justificación técnica y científica que la soporta.

xii) Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 28 de 39	

los médicos integrantes se requiere el número del registro médico.

3. 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.

En todo caso, los elementos incluidos en la factura, deberán estar desagregados en cada uno de sus componentes, con el fin de que se pueda establecer con precisión las obligaciones a cargo del aseguramiento y aquellas que correspondan a prestaciones excepcionales en salud.

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 las cantidades suministradas, el valor a recobrar y a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación. Así mismo, si se trata de medicamentos vitales no disponibles deberá allegar la factura o el soporte que lo sustituya, en los que conste el precio de compra al proveedor de origen, sea este nacional o extranjero y observará lo establecido en el Decreto 481 de 2004 y las normas que lo adicionen, modifiquen y/o complementen.

Se entiende que los recursos utilizados para el pago de las facturas a las que se refiere el presente numeral, son diferentes a los recibidos por concepto de Unidad de Pago por Capitación, de conformidad con lo previsto con el artículo 46 del Decreto Legislativo 131 de 2010.

4. Copia de la orden o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el Capítulo Cuarto del Decreto 2200 de 2005, decreto modificado por el Decreto 2330 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.

5. Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud, así:

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, como constancia de recibido por el paciente, su representante, responsable o

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 29 de 39	

acudiente con número de identificación.

ii) En atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.

iii) En atención de urgencias con observación, servicios que incluyan hospitalización o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epícrisis.

6. Justificación de la necesidad clínica del insumo o procedimiento. Si se trata de medicamentos en su denominación de marca, la autorización deberá cumplir con las condiciones de que trata la Sentencia T-760 de 2008, así: "a) *el médico tratante debe prescribir el medicamento bajo la denominación común internacional (genérico), salvo que ya hubiese comprobado que para el usuario es mejor, desde el punto de vista médico, el medicamento de marca; b) Si el médico tratante prescribe un medicamento de marca, debe justificar ante el Comité Técnico-Científico su necesidad médica; c) El Comité Técnico-Científico debe analizar desde la perspectiva médica la solicitud y, en caso de autorizar el medicamento de marca, acompañar la solicitud de reembolso con la correspondiente justificación. Adicionalmente, d) De existir dicha justificación no se podrá glosar la solicitud alegando 'principio activo en POS', y e) El monto a reembolsar deberá corresponder a lo que la EPS no está legal y reglamentariamente obligada a asumir 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*".

7. Anexo el Registro Individual de Prestaciones en Salud, RIPS o en su defecto, documento adicional en el cual se consigne el Código Único de Medicamentos, CUM, que indique la cantidad de unidades entregadas.

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.

Resolución 5395 de 2013:

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 30 de 39	

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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 31 de 39	

1.5.3 Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, éste 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 rempazan 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 32 de 39	

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 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 1. 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 2. 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 éstas las requieran.

Parágrafo 3. Las actas del Comité Técnico Científico -CTC, deberán estar debidamente firmadas por sus integrantes. Cuando la copia del acta que


	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 33 de 39	

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 4. 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 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 34 de 39	

administrador fiduciario en la página web del FOSYGA de manera semestral.

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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 35 de 39	

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 1. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 36 de 39	


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 3. 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 4. En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumas y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento, No procederá el reconocimiento y pago de los insumas 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.

Artículo 41. Pago de solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro, por las causales que se señalan a continuación:


	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 37 de 39	

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando el valor recobrado de las tecnologías NO POS sea superior al valor máximo que se determine.
3. 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.

Los medicamentos que se están recobrando algunos medicamentos se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud; y también otros medicamentos que efectivamente se encontraban fuera del POS/PBS para la fecha de prestación del servicio, pero que contienen múltiples glosas porque no cumplieron los requisitos de procedimiento de recobros tales como, no estar debidamente liquidado, no adjuntar el acta de CTC o factura, orden médica, entre otras, las cuales están justificadas en la columna **Q** del archivo «005_Aliansalud_002000_70_Reporte», por lo tanto, se les aplico de manera correcta las respectivas glosas y no procede su pago, así mismo, es importante indicar que una de las funciones más importantes de la ADRES, es proteger los recursos del SGSSS, tal como lo indica el artículo 3 del Decreto 1429 de 2016.

ARTÍCULO 3°. Funciones. *Son funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, las siguientes:*

1. *Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015 y las demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.*
2. *Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013.*
3. *Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.*
4. *Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.*
5. *Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que aseguren el buen uso y control de los recursos.*
6. *Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto-Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013.*
7. *Administrar la información propia de sus operaciones* de acuerdo con la reglamentación expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos señalados en las Leyes 100 de 1993 y*

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 38 de 39	

1438 de 2011 y en el Decreto Ley 4107 de 2011 y las demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.

8. Adoptar y proponer los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos, sin perjuicio de las directrices que imparta para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Junta Directiva

9. Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

3. Ítems sin concepto técnico por ausencia de la imagen o fallo dentro del expediente judicial dispuesto por la OAJ.

Como se ha indicado a lo largo de este informe, hay **14** ítems que no se pudieron verificar por cuanto la Oficina Asesora Jurídica no dispuso las imágenes de los recobros o del fallo y por lo tanto **no es posible emitir un concepto técnico**, por su cantidad, no se van a enlistar en el presente documento, tales ítems, las podrán encontrar en el archivo anexo «005_Aliansalud_002000_70_Reporte».

4. Análisis de los ítems que se encuentran aprobados.

Respecto al ítem que se encuentran en este punto, se tiene que se encuentra en estado aprobado en diferentes paquetes, MYT04555221RES5395 por valor de \$22.049,00 en el radicado 103812429, no serán objeto de análisis por no ser necesario.


5. Análisis de los ítems que no presentan glosa.

Respecto a los **13** ítems que se encuentran en este punto, que de acuerdo con la consulta en el sistema y el reporte generado en el sistema de información de la Entidad, no arrojo glosa, por lo tanto no se puede emitir un concepto sobre un recobro sin glosa.

VI. CONCLUSIONES

Contrario a lo que el perito se esfuerza en señalar, para que el reconocimiento de un recobro proceda, no es suficiente con que este sea una tecnología NO POS/PBS, el recobro debe cumplir con la totalidad de requisitos exigidos normativamente.

- El Perito no debió pronunciarse respecto a **3** ítems en los que manifestó no tener imagen o soportes.
- Se determinaron **14** ítems, en los que no se pudo emitir un concepto técnico por ausencia total de la imagen del recobro o del fallo, por lo tanto, en la columna de concepto se dejó "Sin Concepto por Ausencia de imagen" o "Sin Concepto por

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 39 de 39	

ausencia de fallo”.

- Se determinaron **99** ítems en los cuales la glosa se encuentra justificada, por ende, se dejó en la columna de concepto “*aplica*” o “*aplica parcial*” cuando presenta varias glosas y una de ellas no se encuentra justificada.
- Se determinaron **101** ítems en los cuales la glosa no se encuentra justificada, por ende, se dejó en la columna de concepto “*No aplica*”.
- Se estableció que **1** ítem se encuentra aprobado en paquete normal MYT04 Resolución 5395 de 2013.

Finalmente, se destaca que lo anterior, corresponde al análisis realizado sobre las causales de glosa que contienen los ítems de los recobros que se involucran en el dictamen pericial aportado por la parte demandante dentro del proceso **11001310500320180002000**; para mayor comprensión se adjunta archivo Excel denominado “005_Aliansalud_ 002000_70_Reporte” en el que encontrarán en las columnas finales de la hoja “Informe Consolidado” las justificaciones realizadas en cuanto a la verificación uno a uno de los ítems recobrados, sobre la auditoría que practicaron en su momento las firma contratistas.

Anexo: Hoja de cálculo Excel denominada «005_Aliansalud_ 002000_70_Reporte».

Elaboró Informe: Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista.

Elaboró Excel adjunto: Jesús Eduardo Arrieta Negrete – Contratista
Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista
Yolima Ramírez Cubides – Contratista
Yurany Constanza Jiménez Barreto – Contratista.

Revisó y aprobó: Brian Javier Rodríguez Núñez– Contratista.