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

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

Proceso: Ordinario Laboral No. **11001310502420190004300**

Demandante: EPS SANITAS

OBJETIVO

Elaborar un concepto técnico conforme a la solicitud de la Oficina Asesora Jurídica – OAJ de la ADRES mediante correo electrónico de fecha 23 de febrero de 2026, a través del cual solicitó la colaboración en la contradicción del dictamen pericial aportado dentro del proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho No. **11001310502420190004300** a través del cual EPS SANITAS 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. **11001310502420190004300**, 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 **2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.**

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 37	

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 EPS SANITAS 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 37	

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 37	

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 37	


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 **199** ítems objeto del dictamen, indicó que **64 ítems no** cuentan con las respectivas imágenes o están incompletas; conceptuó como No POS los **199**

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 6 de 37	

ítems; el equipo de Conceptos Técnicos encontró **149** ítems con imágenes disponibles para pronunciarse, no obstante, **50** ítems, no se encontró la imagen que hace referencia al soporte principal sobre el que recaía la glosa o las glosas, como lo es el fallo de tutela, el cual es fundamental para emitir un concepto siendo imposible emitirlo. 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 el perito experto Fernando Quintero Bohórquez delegado por la Empresa AGS para rendir el dictamen pericial **AGS2026.325-0458. 2018 Base 079**, así mismo, se validaron los aspectos técnicos y se revisó la información complementaria aportada por la Oficina Asesora Jurídica – OAJ de la ADRES, así:

- 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 **199** ítems inmersos en **191** recobros.
- 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
Acuerdo 029	2011	Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
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 5592	2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 7 de 37	

Norma	Año	Aplicación
		por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones
Resolución 5926	2014	Por la cual se ajusta el Anexo número 01 de la Resolución número 5521 de 2013.
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.

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. **11001310502420190004300**, que cursa en el Juzgado 24 Laboral del circuito de Bogotá, en donde las partes intervinientes son EPS SANITAS 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 el perito Fernando Quintero Bohórquez; se refiere a **199** ítems inmersos en **191** recobros que EPS SANITAS presentó como consecuencia de la prestación de servicios ocurridos entre el 3 de mayo de 2012 al 16 de junio de 2017, y que fueron radicados por primera vez, entre el 30 de junio de 2015 al 20 de febrero de 2018, 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 **71** ítems, pero no al número total de **199**, que fueron revisados por parte del perito, tal como lo indica en la página **71** del documento en formato PDF:


	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Versión	1
		Página 8 de 37	

Imagen No. 1

Cuadro resumen realizado por el perito sobre el resultado y las conclusiones de los recobros analizados en el dictamen

AGRUPACION	CANTIDAD DE ITEMS	VALOR	CALIFICACION PERICIAL
2018_base_079. MEDICAMENTOS NO POS Desde la vigencia del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, hasta la vigencia de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Tecnologías entregadas por la EPS SANITAS en el periodo comprendido entre 03/05/2012 A 16/06/2017- CON IMÁGENES (Numeral 6.1 del Dictamen)	71	\$15.588.926.00	NO POS con imágenes
2018_base_079. MEDICAMENTOS- NO POS. Desde la vigencia del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, hasta la vigencia de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Tecnologías entregadas por la EPS SANITAS EPS en el periodo comprendido entre el 03/05/2012 A 16/06/2017- SIN IMÁGENES (Numeral 6.2 del Dictamen)	60	\$11.695.491.50	NO POS sin imágenes
TOTAL	71	\$15.588.926.00	NO POS

Fuente: Dictamen Pericial AGS2026.325-0458. 2018 Base 079

Imagen No. 2

Cuadro resumen realizado por el perito sobre el resultado y las conclusiones de los recobros analizados en el dictamen

INFORME 2018 BASE 079									
BASE	CONCEPTO	FECHAS	No. DE ITEMS	NO PBS CON IMÁGENES		NO PBS SIN IMÁGENES CON GLOSA		PBS	
				ITEMS	VALOR	ITEMS	VALOR	ITEMS	VALOR
2018 BASE 079	MEDICAMENTOS	03/05/2012 A 16/06/2017	199	71	\$ 15.588.926,00	60	\$ 11.695.491,50	0	\$ 0,00


CLASIFICACION DE GLOSA		
TIPO	No. ITEMS	VALOR
UNICA	77	\$ 6.672.769,50
COMBINADA	122	\$ 27.742.342,00
TOTAL	199	\$ 34.415.111,50

GLOSA JUSTIFICADA			
COD. GLOSA	No. ITEMS	VALOR	OBSERVACION
64 FALLO	4	\$ 345.401,00	SIN FORMATO INTEGRALIDAD
TOTAL	4	\$ 345.401,00	

GLOSA SIN PRONUNCIAMIENTO			
COD. GLOSA	No. ITEMS	VALOR	OBSERVACION
GL 3002 BDEX	63	\$ 6.547.893,00	NO PBS CON IMAGEN
GL 3901 DOBLE COBRO	1	\$ 237.400,00	NO PBS CON IMAGEN
TOTAL	64	\$ 6.785.293,00	

Fuente: Dictamen Pericial AGS2026.325-0458. 2018 Base 079

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 **191** recobros objeto del dictamen pericial, encontrando que estos presentan estados de auditoría ordinaria tales como, «Aprobado», «Devuelto», «No aprobado» y «Rechazado»; sobre los cuales se encuentran aplicadas glosas únicas y glosas combinadas.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 9 de 37	


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

1. En el numeral 3 «METODO, HERRAMIENTAS, EXÁMENES Y ELEMENTOS UTILIZADOS» literal (ii) del dictamen página **66**, señaló «**¿Los recobros relacionados en la base de datos y los soportes del mismo entregados por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A., cumplen con todos los requisitos establecidos en la normatividad vigente, de acuerdo a la fecha de prestación del servicio para ser reconocidos por el ente auditor del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), actualmente denominada como la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)?**»; luego en el último párrafo de la página **72** el perito menciona «(...) se emiten en dos tablas incluidas al documento una, con todos los recobros que cumplen a cabalidad con todos los requisitos esenciales para la presentación y reconocimiento, los cuales están clasificados como NO POS y cuentan con las imágenes completas (numeral 6.1) y, otra tabla donde se mencionan aquellos recobros que **no cuentan con imágenes** pero, que su revisión contra la normatividad vigente permite inferir que no están incluidos en el POS», sin embargo, el perito no le indica al juez cuales son la totalidad de esos requisitos esenciales con los que deben cumplir los recobros, y no le aclara que no es suficiente 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 **entre el 3 de mayo de 2012 al 16 de junio de 2017**, estas debían ser tramitadas mediante un único procedimiento, cuyo contenido previó los requisitos generales y 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 5395 de 2013.

2. En la página **7**, cuando el perito se refiere al objeto del dictamen, “y que fueron objeto de imposición de glosa o causal de no pago por parte de la ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES”. Se considera importante, que se precise al juez que los recobros objeto del debate no fueron auditados por la ADRES, por lo tanto, no fue esta entidad quien impuso las glosas, sino que lo hizo el extinto FOSYGA que a su vez auditaba a través de sus contratistas que eran firmas auditoras y consultoras expertas.

3. En la página **67**, cuando el perito se refiere al método empleado para la elaboración del dictamen y señala:

Método inductivo: En el desarrollo de este método, se realizaron las siguientes actividades: (i). Observación de los documentos y base de datos

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 10 de 37	


aportados por la entidad; (ii) Clasificación y estudio de las tecnologías en salud, según los registros entregados en: medicamentos, procedimientos, insumos, y otros servicios en salud; y, (iii). Contrastación de las tecnologías en salud versus la normatividad que reglamenta el Plan de Beneficios en Salud (POS) vigente para la prestación del servicio analizado, para finalmente generar la observación del perito, como se detalla a continuación: (...)

Al respecto, en este párrafo se observa que el método inductivo que describe está incompleto, ya que no considera que los documentos aportados por la entidad deban cumplir con los requisitos exigidos por la norma que establece el procedimiento de recobro, toda vez, que algunos de los **(191)** recobros involucrados en este dictamen, fueron rechazados o devueltos no porque la tecnología sea PBS o NO, sino porque en la teoría mecanicista que empleó, olvidó considerar que para el reconocimiento del recobro además de la tecnología ser no PBS debe cumplir otros requisitos adicionales que también se consideran esenciales.

Por ejemplo, aunque en la página **68**, menciona algunos de los documentos que deben acompañar la solicitud de recobro, el perito sesgó al lector del dictamen de una comprensión exacta del proceso de auditoría, pues no menciona por ejemplo las diferentes validaciones que surte el recobro, las cuales confrontan la fecha de prestación del servicio y el número de identificación del paciente o usuario y adicional se deben cumplir requisitos establecidos en la normatividad como por ejemplo el valor del elemento recobrado en la factura, este debidamente liquidado y no puede superar el valor del tope establecido en la norma, por lo que estaríamos frente a un mayor valor recobrado, tampoco cobrar algo que ya se encuentra liquidado y pagado dentro del mismo recobro bajo otro ítem, otro de los requisitos que se validan al momento de la auditoría, como datos del usuario y el estado de su afiliación.

4. En la página **69**, el perito señala: « Para luego certificar que los valores recobrados son los que se deben reconocerse de acuerdo con la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio.». Esa afirmación, también denota una parcialidad por parte del perito, puesto que no son los valores que deben reconocerse, sino que, su tarea consiste en **validar** que los valores recobrados se ajustan a lo que normativamente está dispuesto para su reconocimiento o negación.

5. En la página **72**, el perito menciona (...) *otra tabla donde se mencionan aquellos recobros que no cuentan con imágenes pero, que su revisión contra la normatividad vigente permite inferir que no están incluidos en el POS, (...)*. Se considera que, en un dictamen pericial, el perito no debe permitirse inferir o sacar conclusiones respecto a los recobros que no pueda ver, pues su dictamen debe rendirse únicamente sobre los documentos que constate, estos son, los soportes de cada recobro e ítem

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 11 de 37	


pretendido. Por lo tanto, tales manifestaciones, denotan la parcialidad del Perito en favor de EPS SANITAS.

Es necesario recalcar que el perito manifiesta que no contó con las imágenes, como se observa en el archivo Excel «Dictamen Pericial AGS2026.325-0458. 2018 Base 079» que hace parte del dictamen pericial «AGS2026.325-0458. 2018 Base 079»; hoja «DICTAMEN», y dentro de esta, en la columna **P**, donde indicó que **64 ítems Sin Imagen**,

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.

V. RESPUESTA A LA SOLICITUD DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA

Una vez analizado el archivo que acompaña el presente informe «012_Sanitas_004300_Reporte_70», y para mayor comprensión de la Oficina Asesora Jurídica, se determinó que los ítems objeto del debate son **(199)**, respecto de los cuales el perito señaló como NO PBS **la totalidad**, en consecuencia, los ítems que se analizaron se agruparán de la siguiente forma; ítems aprobados **(13)**; ítems que están sin glosa, el recobro ingresó por Glosa Transversal es decir, no se relacionó el radicado inicial. En cumplimiento por la Resolución 4244 del 2015 Artículo 3 Parágrafo 1: *«Parágrafo 1. En todos los casos, debe relacionarse en el medio magnético el número anterior del recobro que le fue asignado en el último proceso ordinario de radicación, donde le fue impuesta la glosa y cuando se trate de reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT del Fosyga, debe relacionarse el número de la reclamación correspondiente, que le fue asignado en la primera presentación por un proceso ordinario de radicación. Los procesos ordinarios no incluyen las presentaciones realizadas en virtud de los mecanismos excepcionales habilitados legalmente»*. **(3)**; medicamentos que se encuentran incluidas 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 Capitación por cada uno de los afiliados **(41)**; medicamentos que no cumplen con los criterios de procedimiento de recobros para poder proceder a su reconocimiento **(64)**, recobros que cumplen los requisitos de procedimiento de recobros **(18)**, sin concepto pro ausencia de imagen **(55)** y finalmente ítems sin concepto por ausencia de fallo **(5)**.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 12 de 37	


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 las tecnologías recobradas que no se pueden aprobar porque incumplen los requisitos del Procedimiento de Recobros.

Tabla No. 2
Ítems que se no encuentran incluidos en el PBS pero que incumplen los requisitos de procedimiento

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
1	118489940	1	14/03/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
2	119777421	1	28/04/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
3	120576452	1	21/05/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
4	120990854	2	28/05/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
5	120991506	1	13/06/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
6	121331158	1	22/06/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
7	122047397	1	18/12/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
8	122057391	2	21/07/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
9	122057461	1	18/09/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
10	122057491	1	19/10/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
11	122057523	1	19/11/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
12	122418580	1	28/07/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
13	122436236	2	29/04/2016	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
14	125849408	1	9/10/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
15	125779667	1	23/06/2015	ATRIPLA ® TABLETAS RECUBIERTAS
16	122057456	1	18/09/2015	ATTENTHO ® 60 MG CAPSULAS
17	116032809	3	25/10/2013	AVAMYS® SPRAY NASAL
18	117790227	2	19/11/2015	AVELOX 400 MG COMPRIMIDOS
19	122420718	1	29/07/2016	AZOPT® SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL
20	124430208	1	10/10/2016	AZOPT® SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ESTÉRIL
21	118491978	1	3/03/2016	B-CORT® 200 AEROSOL
22	122985562	1	27/06/2015	B-CORT® 200 AEROSOL
23	122985566	1	9/07/2015	B-CORT® 200 AEROSOL
24	116465646	1	24/12/2015	BEDOYECTA TRI
25	116466312	1	5/01/2016	BEDOYECTA TRI

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
26	117230350	1	8/02/2016	BEDOYECTA TRI
27	118170154	1	26/02/2016	BEDOYECTA TRI
28	120579409	1	10/05/2016	BEDOYECTA TRI
29	120579459	1	10/05/2016	BEDOYECTA TRI
30	121001694	1	13/06/2016	BEDOYECTA TRI
31	124439038	1	13/10/2016	BEDOYECTA TRI
32	122013859	1	29/04/2015	BONAMES® CAPSULAS DE GELATINA BLANDA
33	116464705	1	23/12/2015	BROMAZEPAM 6 MG TABLETAS
34	117116643	2	13/03/2015	CALCIBON D 315 MG
35	122014128	2	21/05/2015	CALCIBON D 315 MG
36	122057354	2	30/06/2015	CALCIBON D 315 MG
37	122057423	1	18/08/2015	CALCIBON D 315 MG
38	122057534	1	25/11/2015	CALCIBON D 315 MG
39	122057836	1	4/05/2015	CALCIBON D 315 MG
40	122057867	1	13/07/2015	CALCIBON D 315 MG
41	122057989	1	1/12/2015	CALCIBON® D 800 UI TABLETAS RECUBIERTAS
42	118481202	1	3/03/2016	CANDESARTAN TABLETAS X 16 MG
43	120613398	1	18/05/2016	CANDESARTAN TABLETAS X 16 MG
44	121597301	1	23/03/2016	CANDESARTAN TABLETAS X 16 MG
45	121597323	1	22/04/2016	CANDESARTAN TABLETAS X 16 MG
46	122985553	3	19/05/2015	CANDESARTAN TABLETAS X 16 MG
47	124729655	2	18/07/2016	CANDESARTAN TABLETAS X 16 MG
48	122633566	1	26/07/2016	CEBION® 1 G TABLETAS EFERVESCENTES
49	120847789	1	18/02/2016	CIALIS ® 20 MG
50	120847801	1	18/02/2016	CIALIS ® 20 MG
51	121594669	1	26/03/2016	CIALIS ® 20 MG
52	122014211	1	28/09/2015	CIALIS ® 20 MG
53	122014241	1	19/11/2015	CIALIS ® 20 MG
54	122014268	1	21/12/2015	CIALIS ® 20 MG
55	122057489	1	20/10/2015	CIALIS ® 20 MG
56	122856902	1	5/08/2015	CIALIS ® 20 MG
57	120856070	2	3/06/2016	CIALIS® 5 MG

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 14 de 37	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología
58	121602334	2	12/05/2016	CIALIS® 5 MG
59	121611408	2	6/04/2016	CIALIS® 5 MG
60	121669400	2	2/07/2016	CIALIS® 5 MG
61	122413863	2	26/07/2016	CIALIS® 5 MG
62	125849390	1	5/12/2014	CLOBAZAM 10 MG TABLETAS
63	124818346	1	19/06/2013	CLOBAZAM 10 MG TABLETAS
64	120111558	1	20/06/2015	COLMIBE 10 COMPRIMIDOS


Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/ 012_Sanitas_004300_Reporte_70 (INFORME CONSOLIDADO)

En relación con los **64** ítems involucrados en este numeral, la fecha de prestación de los servicios objeto del presente caso, ocurrieron entre el 19 de junio de 2013 al 13 de octubre de 2016, por lo cual les aplica y deben cumplir los requisitos mínimos en las siguientes normas de procedimiento de recobros; 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.

Resolución 548 de 2010

Artículo 11. *Requisitos especiales de la radicación de recobros originados en fallos de tutela.* Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el Fosyga derivada de un fallo de tutela, deberá presentarse ante el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, diligenciando el formulario establecido para su procedimiento. A la solicitud diligenciada en el formato "FORMULARIO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

- Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA" numerado consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad.
- 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) En el evento de que se trate de fallos que ordenen atenciones integrales, deberá acompañarse de justificación médica de los diferentes componentes que se entregaron al paciente y su relación con la patología o circunstancia que dio lugar al fallo.**
- 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 15 de 37	

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.

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 por recobrar y a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación.

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


f) 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, como constancia de recibido por el paciente, su representante, responsable o 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 de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epícrisis.

g) 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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 16 de 37	

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 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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 17 de 37	

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

1.5.3 Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, 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 reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud -CUPS, indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan de Beneficios procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico Científico -CTC, deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 18 de 37	

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

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

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

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

2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos [16](#) y [17](#) del Decreto 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 19 de 37	

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 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 15. *Documentos específicos exigidos para /a presentación de solicitudes de recobro originadas en fallos de tutela.* Cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar:

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


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

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

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

2.3 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

3. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 20 de 37	

ajustarse a lo dispuesto en los artículos [16](#) y [17](#) del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

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


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

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

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

Artículo 20. Validación de la información registrada. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

1. Base de Datos Única de Afiliados -BDUA.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 21 de 37	


2. Registraduría Nacional de Estado Civil -RNEC
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos –SISMED
4. Código Único de Medicamentos -CUM.
5. Registro Único de Víctimas -RUV.
6. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

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

Artículo 21. Resultado de la validación. La validación de la información registrada por la entidad recobrante en el sistema, podrá generar los siguientes resultados:

1. El ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información supera todas las validaciones, generando automáticamente:
 - 1.1. El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada recobro.
 - 1.2. El formato resumen de la radicación (Formato MYT -R), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico Científico -CTC y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el Contador Público de la entidad recobrante.
2. El ingreso del recobro a la etapa de radicación con alertas: Se presenta cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas que se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los números de identificación de cada recobro y los formatos MYT y MYT-R que correspondan.
3. El no ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.

Artículo 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,

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 22 de 37	

de la siguiente forma:

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

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

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

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


P: Monto base del comparador administrativo (por unidad mínima de concentración: g/ mg/mcg/U.I., según corresponda).

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

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

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 23 de 37	

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 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 24 de 37	

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:

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 25 de 37	

en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.

Ley 100 de 1993

ARTÍCULO 279. Excepciones. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley [1214](#) de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley [91](#) de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.


Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

PARÁGRAFO 1. La empresa y los servidores de que trata el inciso anterior, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en esta Ley.

Las entidades empleadoras referidas en el presente artículo, quedan facultadas para recibir y expedir los bonos correspondientes a los períodos de vinculación o cotización a que hubiere lugar, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

PARÁGRAFO 2. La pensión de gracia para los educadores de que tratan las Leyes 114 de 1913, 116 de 1928 y 37 de 1933, continuará a cargo de la Caja Nacional de Previsión y del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 26 de 37	

Nacional, cuando éste sustituya a la Caja en el pago de sus obligaciones pensionales.

PARÁGRAFO 3. Las pensiones de que tratan las Leyes 126 de 1985, adicionada por la Ley 71 de 1988, continuarán vigentes en los términos y condiciones en ellas contemplados.

PARÁGRAFO 4. Las excepciones consagradas en el presente artículo no implican negación de los beneficios y derechos determinados en los artículos 14 y 142 de esta ley para los pensionados de los sectores aquí contemplados

(Parágrafo 4, adicionado por el Art. [1](#) de la Ley 238 de 1995)


Decreto 2353 de 2015

ARTÍCULO 29. Afiliaciones múltiples. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado ni estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial.

El Sistema de Afiliación Transaccional establecerá los mecanismos para controlar la afiliación o registro múltiple con la información de referencia que disponga.

PARÁGRAFO . Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos para ello y se llegare a producir afiliación múltiple, se tendrá como válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Cuando la afiliación múltiple obedezca a un error no imputable al afiliado que solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.

Cuando el Ministerio de Salud y Protección Social o el administrador de la base de datos de afiliados vigente evidencie la afiliación múltiple derivada de inconsistencias o duplicidad en los datos o documentos de identificación del afiliado, adelantará los procesos de verificación y cancelación de la afiliación múltiple, lo comunicará a las EPS involucradas y solicitará el reintegro de las unidades de pago por capitación reconocidas sin justa

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 27 de 37	

causa. En caso de que las EPS no realicen el reintegro, en los términos y plazos definidos por la normativa vigente, corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud ordenar el reintegro inmediato de los recursos y adelantar las acciones que considere pertinentes.

Decreto 19 de 2012

ARTÍCULO 111. *Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del FOSYGA.* El artículo 13 del Decreto 1281 de 2002, quedará así:


"ARTÍCULO 13. *Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del FOSYGA.* Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA se deberán presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

PARÁGRAFO 1. Por una única vez, el FOSYGA reconocerá y pagará todos aquellos recobros y/o reclamaciones cuya glosa aplicada en el proceso de auditoría haya sido únicamente la de extemporaneidad y respecto de la cual el resultado se haya notificado a la entidad reclamante y/o recobrante, antes de la entrada en vigencia de la presente disposición, siempre y cuando no haya operado el fenómeno de la caducidad previsto en el numeral 8 del artículo 136 del C. C.A., o en la norma que lo sustituya, previa nueva auditoría integral, que deberá ser sufragada por la entidad reclamante o recobrante, según sea el caso, en los términos y condiciones que para el efecto fije el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 2. Las cotizaciones no compensadas, incluidas las glosadas sin compensar al momento de expedición del presente Decreto, deberán compensarse por parte de las Entidades Promotoras de Salud EPS, y entidades obligadas a compensar, dentro del año siguiente a la vigencia de este Decreto Ley, previo el cumplimiento de los procedimientos establecidos en los Decretos 2280 de 2004 y 4023 de 2011 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan".

Resolución 3990 de 2007

Artículo 4º. *Reclamación.* Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere; dicha reclamación estará conformada por los

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 28 de 37	

formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, en original o copia auténtica, según el caso, así:

1. Acreditación de la condición de víctima:

Las reclamaciones que se presenten por eventos terroristas o catastróficos, deberán acompañarse, según el caso, de la prueba de la condición de víctima, así:


a) Eventos catastróficos. Certificación expedida por la autoridad competente de que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989, o normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada directamente por el evento.

Los Comités antes mencionados deberán elaborar el citado censo dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la catástrofe y obtener la refrendación del mismo por parte del Director Territorial de Salud de la zona de influencia del desastre o por el Coordinador de Emergencias y Desastres de la Dirección Territorial de Salud correspondiente, debidamente posesionado, delegado por el jefe de la Dirección para el efecto. En ausencia de tales Direcciones, de la máxima autoridad local de salud de la zona de influencia del hecho de que se trate y remitir copia al Fosyga.

Dicho censo deberá contener como mínimo el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar del evento al que se refiere;

b) Eventos terroristas. Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o quien haga sus veces, en su ausencia, las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o, en últimas, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia, respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos señalados en el numeral 5 del artículo 1º del presente decreto.

El Alcalde o la Personería del respectivo municipio o distrito deberán elaborar un censo dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la ocurrencia del evento terrorista, que contenga como mínimo el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar del evento al que se refiere y remitir copia al Fosyga.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 29 de 37	

2. Servicios médicoquirúrgicos:

a) Original del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social, que debe incluir cuando menos los nombres y documento de identificación tanto de la víctima como del médico tratante, fecha de nacimiento de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos por medio de los cuales el médico que atendió la urgencia dedujo que la causa de los daños sufridos por la persona fue un accidente de tránsito, un evento catastrófico o terrorista. Esta última constancia deberá siempre estar suscrita por el médico tratante y, para los accidentes de tránsito, se acompañará de certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito o la correspondiente denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes;

b) Copia original de la denuncia penal de ocurrencia del accidente de tránsito presentada por cualquier persona ante autoridad competente, cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable;


c) Original de la factura emitida por la IPS en la que consten los servicios prestados, en la cual obren discriminados los conceptos cobrados y la tarifa correspondiente de conformidad con la prevista en el Decreto 2423 de 1996 o normas que lo sustituyan o modifiquen, la factura incluirá aquellos servicios prestados por otra IPS, en virtud de la utilización de los esquemas de referencia y contrarreferencia, los cuales se soportarán con la constancia de pago de los mismos por parte de la IPS que está facturando a la aseguradora o a la subcuenta ECAT de Fosyga.

Tratándose de la cobertura adicional por cuenta de la Subcuenta ECAT de Fosyga, para víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, la factura será fotocopia auténtica y se acompañará de certificación sobre el agotamiento de la cobertura del SOAT.

Las reclamaciones presentadas por la IPS a la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuyo monto respecto de cada víctima resulte inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, se tramitarán de manera conjunta, por períodos mensuales, en el formato que se adopte para el efecto.

3. Indemnización por incapacidad permanente:

a) Original o fotocopia auténtica del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social, al que se refiere el literal a) del numeral 2 anterior;

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 30 de 37	

b) Original del dictamen sobre la incapacidad permanente, expedido por las entidades autorizadas para ello de conformidad con la ley.

4. Indemnización por muerte:

a) Original del certificado de defunción expedido por notario y el acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente o evento terrorista o catastrófico;

b) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social, señalado en el literal a) del numeral 2 del presente artículo;

c) Certificación de la Fiscalía en la cual curse el proceso de muerte en accidente de tránsito de la víctima, si fuere el caso;

d) Prueba de la condición de beneficiario:

- Original de los registros civiles de matrimonio o de nacimiento, según corresponda, respecto del cónyuge, los hijos o los padres de la víctima.
- Prueba de la condición de compañera o compañero permanente, para acreditar la unión marital de hecho.

5. Indemnización por gastos funerarios:

a) Original del certificado de defunción expedido por el notario y el acta de levantamiento del cadáver cuando el deceso hubiere ocurrido en el lugar del accidente;


b) Original o fotocopia auténtica de la certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito;

c) Factura original debidamente cancelada, expedida por la entidad que prestó los servicios funerarios y copia del contrato de prestación de servicios funerarios;

d) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, el certificado de atención médica al que se refiere el literal a) del numeral 2 del presente artículo.

6. Gastos por concepto de transporte de víctimas:

a) Constancia de la efectiva realización del transporte y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito, evento catastrófico o

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 31 de 37	

terrorista, expedida por la IPS que atendió a la víctima, según formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, en la cual deberá constar expresamente la hora en la cual fue recibida la víctima del accidente o evento, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección de la IPS que la admitió, dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite de admisiones;

b) Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar estos servicios; dichas entidades podrán presentar reclamaciones de manera acumulada, por períodos mensuales, de conformidad con los formatos adoptados para este fin.

Parágrafo 1º. Los formularios que adopte el Ministerio de la Protección Social para las reclamaciones de los beneficios previstos en las normas vigentes así como la exigencia de los documentos correspondientes a cada cobertura, serán obligatorios a más tardar el 1º de junio de 2008. En consecuencia, a partir de la vigencia del presente decreto y hasta dicha fecha, se podrán presentar las reclamaciones en los formularios vigentes a la fecha de publicación del presente decreto.

Parágrafo 2º. Las IPS habilitadas podrán presentar sus reclamaciones de manera electrónica, con firma digital, con un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta, debidamente autorizada para el efecto por la Superintendencia de Industria y Comercio. A más tardar el 1º de junio de 2008 el administrador fiduciario del Fosyga habilitará este servicio, conforme a las condiciones de operación que determine el Ministerio de la Protección Social. Las compañías de seguros también podrán habilitar este mecanismo de recepción de las reclamaciones, utilizando para ello las mismas condiciones de operación.


Los medicamentos que se están recobrando son 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, las cuales están justificadas en la columna **Q** del archivo «012_Sanitas_004300_Reporte_70», por lo tanto, se les aplico de manera correcta las respectivas glosas y no procede su pago.

2. Análisis de ítems que se encuentran incluidos en el PBS y no pueden ser recobrados nuevamente.

Respecto a los **41** ítems involucrados en este numeral, son los siguientes procedimientos:

Tabla No. 3
Ítems que se encuentran incluidos en el PBS

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cubre
1	116032796	2	8/10/2013	CALTRATE 600 CON VITAMINA D TABLETAS	Acuerdo 029 de 2011
2	122411193	1	22/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
3	122411881	1	22/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
4	122414833	1	18/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
5	122416187	1	22/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
6	122422635	1	25/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
7	122423873	1	21/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
8	122424280	1	25/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
9	122425779	1	23/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
10	122426507	1	23/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
11	122426638	1	26/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
12	122431579	1	7/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
13	122432410	1	18/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
14	122433037	1	14/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
15	122434470	1	9/07/2016	ATRIPLA ® TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 5592 de 2015
16	122434488	1	21/07/2016	ATRIPLA ® TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 5592 de 2015
17	122435875	1	14/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
18	122436033	1	15/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
19	122441598	1	8/03/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
20	122445813	1	21/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
21	122794349	1	14/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
22	122807675	1	26/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
23	122808460	1	3/08/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
24	122809708	1	5/08/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015


	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 33 de 37	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cubre
25	122810032	1	5/08/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
26	122810201	1	21/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
27	122813388	1	26/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
28	122814141	1	25/07/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
29	122814603	1	11/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
30	122815580	1	26/07/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
31	122816158	1	3/08/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
32	122816159	1	3/08/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
33	122816615	1	2/08/2016	ATRIPLA ® TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 5592 de 2015
34	122818571	1	3/08/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
35	122823006	1	11/03/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
36	122860856	1	18/03/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
37	122895119	1	5/08/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
38	122903051	1	11/08/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
39	122903168	1	11/08/2016	COZAAR XQ ® 100MG /5MG	Resolución 5592 de 2015
40	125849246	1	20/08/2016	COZAAR ® XQ TABLETAS	Resolución 5592 de 2015
41	125850155	1	14/12/2015	AZTROBAC	Resolución 5926 de 2014

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/012_Sanitas_004300_Reporte_70 (INFORME CONSOLIDADO)

Los anteriores medicamentos se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS o PBS para la fecha de prestación del servicio, según el acuerdo 029 de 2011, resolución 5926 de 2014 y la resolución 5592 de 2015; las razones del porque están incluidas en las anteriores normas, se encuentran descritas en la columna Q “justificación” del archivo «012_Sanitas_004300_Reporte_70», por ende, no pueden ser recobradas porque las mismas ya se encuentran cubiertas dentro de la Unidad de pago por capitación, la cual se gira mensualmente a las EPS, 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 34 de 37	


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 7º 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 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. Análisis de ítems que no tiene glosa.

Los servicios que se relacionan en este numeral, no cuentan con glosa debido a que fue radicado por glosa transversal, es decir no se relaciono el radicado inicial de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del artículo 3 de la resolución de la ADRES No. 4244 de 2015.

ARTÍCULO 3o. PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD. Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, las entidades recobrantes y reclamantes o las personas naturales, presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 35 de 37	

formatos y anexos técnicos MYT y MYT-R de que trata el artículo 52 de la Resolución 5395 de 2013, para el caso de recobros; y en los formatos y anexos técnicos previstos en la Resolución 1915 de 2008 o la norma que la modifique o sustituya, para el caso de las reclamaciones. Los formatos y anexos técnicos se deberán acompañar de los soportes documentales que permitan acreditar los elementos esenciales de la obligación para el reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones radicados.

PARÁGRAFO 1o. En todos los casos, debe relacionarse en el medio magnético el número anterior del recobro que le fue asignado en el último proceso ordinario de radicación, donde le fue impuesta la glosa y cuando se trate de reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT del Fosyga, debe relacionarse el número de la reclamación correspondiente, que le fue asignado en la primera presentación por un proceso ordinario de radicación. Los procesos ordinarios no incluyen las presentaciones realizadas en virtud de los mecanismos excepcionales habilitados legalmente.

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


Como se ha indicado anteriormente en este informe, hay **5** ítems que no se pudieron verificar por cuanto la Oficina Asesora Jurídica no dispuso las imágenes del fallo, así mismo, hay **55** ítems sin imágenes del recobro, o no se encuentra el soporte que hace referencia a la glosa, como por ejemplo una factura, 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 «012_Sanitas_004300_Reporte_70».

5. Análisis de los ítems que no les aplica la glosa

En este grupo, se encuentran **18** ítems en los cuales se encuentran medicamentos que efectivamente no están incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud y que la glosa aplicada no se encuentra debidamente justificada, por lo tanto cumplen con los requisitos de procedimiento de recobros.

Tabla No. 4
Ítems que no les aplica la glosa.

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
1	116032597	5	26/11/2013	BEDOYECTA TRI	Resolución 548 de 2010
2	116033992	1	24/10/2012	CIALIS ® 20 MG	Resolución 548 de 2010

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Versión	1
	INFORME TÉCNICO	Página 36 de 37	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
3	116033992	2	24/10/2012	CIALIS ® 20 MG	Resolución 548 de 2010
4	116033992	3	24/10/2012	CIALIS ® 20 MG	Resolución 548 de 2010
5	116033992	9	24/10/2012	CIALIS ® 20 MG	Resolución 548 de 2010
6	116033992	10	24/10/2012	CIALIS ® 20 MG	Resolución 548 de 2010
7	116033992	11	24/10/2012	CIALIS ® 20 MG	Resolución 548 de 2010
8	116032724	1	18/09/2014	CIALIS ® 20 MG	Resolución 5395 de 2013
9	116032724	3	18/09/2014	CIALIS ® 20 MG	Resolución 5395 de 2013
10	118890484	1	1/06/2015	CETIRAX ®	Resolución 5395 de 2013
11	119731057	1	26/05/2015	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS	Resolución 5395 de 2013
12	119733569	1	24/06/2015	COLMIBE 10 COMPRIMIDOS	Resolución 5395 de 2013
13	120985186	1	28/12/2015	AVAXIM 160U	Resolución 5395 de 2013
14	122429483	9	1/06/2016	AVAMYS® SPRAY NASAL	Resolución 5395 de 2013
15	122997852	6	12/05/2016	BENZAC AC GEL 5%	Resolución 5395 de 2013
16	125849410	2	22/10/2015	AVAMYS® SPRAY NASAL	Resolución 5395 de 2013
17	125850050	1	27/04/2016	AZTROBAC	Resolución 5395 de 2013
18	125850131	1	30/11/2015	AVAMYS® SPRAY NASAL	Resolución 5395 de 2013


Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/012_Sanitas_004300_Reporte_70 (INFORME CONSOLIDADO)

6. Análisis de los ítems que se encuentran aprobados.

Respecto a los **13** ítems que se encuentran en este punto, se tiene que los mismos se encuentran en estado aprobado en acuerdo de punto final o reingreso por glosa transversal , por lo tanto, no serán objeto de análisis por no ser necesario, el paquete y el valor por medio del cual fue pagado, se encuentran en la columna Q de justificación del archivo «012_Sanitas_004300_Reporte_70»

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.

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

- El Perito no debió pronunciarse respecto a **64** ítems en los que manifestó no tener imagen, según lo indicado en la columna **P** del archivo Hoja de cálculo Excel denominada « Dictamen Pericial AGS2026.325-0458. 2018 Base 079»
- Se determinaron **63** ítems, en los que no se pudo emitir un concepto técnico por ausencia del fallo de tutela, de imagen o de glosa, por lo tanto, en la columna de concepto se dejó "*Sin Concepto*".
- Se determinaron **105** 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 estableció que **13** ítems se encuentran aprobados en paquetes de Glosa transversal y Acuerdos de punto final.
- Se indicó que **18** ítems no les aplica la glosa impuesta, por cuanto estos cumplen con los requisitos normativos del procedimiento de recobos.

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 **11001310502420190004300**; para mayor comprensión se adjunta archivo Excel denominado "012_Sanitas_004300_Reporte_70" 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 «012_Sanitas_004300_Reporte_70».

Elaboró Informe: Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista.

Elaboró Excel adjunto: Jesús Eduardo Arrieta Negrete – Contratista
Yolima Ramírez Cubides – Contratista
Yurany Constanza Jiménez Barreto – Contratista.

Revisó y aprobó: Brian Javier Rodríguez Núñez– Contratista.