	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		<b>Página 1 de 46</b>	

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

**Proceso:** Ordinario Laboral No. **11001310501420180037600**

**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 30 de marzo de 2026, a través del cual solicitó la colaboración en la contradicción del dictamen pericial aportado dentro del proceso ordinario Laboral No. **11001310501420180037600** 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. **11001310501420180037600**, 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 entre los años **2009 al 2016**.

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 de auditoría que impuso el consorcio en su respectivo momento, y en

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página 2 de 46	

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.

Al respecto y frente a la contradicción del dictamen pericial, el Código General

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 3 de 46	

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 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,

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página 4 de 46	

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 intención 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 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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>5</b> de <b>46</b>	


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 **577** ítems objeto del dictamen, indicó que **358 NO** cuentan con las respectivas imágenes; conceptuó como No POS los **577** ítems; el equipo de Conceptos Técnicos encontró **230** ítems con imágenes disponibles para pronunciarse, y **347** ítems en los cuales no hay soportes del recobro o no se encontró la imagen que hace referencia al soporte principal sobre el que recaía la glosa o las glosas,

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>6</b> de <b>46</b>	

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 **AGS2026.325-0482. DPVF.2017 BASE 025**, así mismo, se validaron los aspectos técnicos y se revisó la información complementaria aportada por la Oficina Asesora Jurídica – OAJ de la ADRES, así:

1. **Verificación documental:** Se evaluó el contenido de la solicitud del correo electrónico de la OAJ y los documentos complementarios adjuntos. El dictamen inicialmente versa sobre **577** ítems inmersos en **513** recobros.
2. **Verificación técnica:** Para verificar la consistencia de los soportes de los recobros que contienen imágenes, involucrados en la solicitud de concepto técnico sobre el dictamen, se identificaron las normas que aplican y en efecto, la consultadas para la determinación de aplicabilidad o no de las glosas, son las siguientes:

**Tabla No. 1**  
**Normatividad considerada**

Norma	Año	Aplicación
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.
Resolución 5521	2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
Decreto 19	2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		<b>Página 7 de 46</b>	

Norma	Año	Aplicación
Resolución 548	2010	Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos, se establece el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y se dictan otras disposiciones aplicables durante el período de transición de que trata el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010.
Acuerdo 008	2009	Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Ley 100	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral 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. **11001310501420180037600**, que cursa en el Juzgado 42 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 **577** ítems inmersos en **513** recobros que EPS SANITAS presentó como consecuencia de la prestación de servicios ocurridos entre el 10 de noviembre de 2009 al 3 de junio de 2016, y que fueron radicados por primera vez, entre el 2 de octubre de 2011 al 15 de septiembre de 2016, 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 **192** ítems, pero no al número total de **577**, que fueron revisados por parte del perito, tal como lo indica en la página **20** del documento en formato PDF:



	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		<b>Página 8 de 46</b>	

**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
2017_base_025 -TRASLADOS- NO POS Desde la vigencia del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, hasta la vigencia de Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Tecnologías entregadas por la EPS SANITAS en el periodo comprendido entre el 10/11/2009 A 03/06/2016- CON IMÁGENES (Numeral 6.1 del Dictamen)	192	\$43.158.165.00	NO POS con imágenes
2017_base_025 -TRASLADOS- NO POS Desde la vigencia del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, hasta la vigencia de Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Tecnologías entregadas por la EPS SANITAS en el periodo comprendido entre el 10/11/2009 A 03/06/2016- SIN IMÁGENES (Numeral 6.2 del Dictamen)	328	\$143.731.433.05	NO POS con imágenes
<b>TOTAL</b>	<b>192</b>	<b>\$43.158.165.00</b>	<b>NO POS</b>


Fuente: Dictamen Pericial AGS2026.325-0482. DPVF.2017 BASE 025

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

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

1. En el numeral 3 «METODO, HERRAMIENTAS, EXÁMENES Y ELEMENTOS UTILIZADOS» literal (ii) del dictamen página **16**, 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 **21** 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



	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>9</b> de <b>46</b>	

prestaciones ocurrieron entre **el 10 de noviembre de 2009 al 3 de junio de 2016**, 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 LOS 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 **17**, 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 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 **(513)** 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 **17**, 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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>10</b> de <b>46</b>	

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 **18**, 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 **77**, 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 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 AGS2026.325-0482. DPVF.2017 BASE 025» que hace parte del dictamen pericial «AGS2026.325-0482. DPVF.2017 BASE 025», y dentro de esta, en la columna **P hoja DICTAMEN**, donde indicó que hay **358 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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página 11 de 46	

«020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte», y para mayor comprensión de la Oficina Asesora Jurídica, se determinó que los ítems objeto del debate son **(577)**, 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 **(113)**; ítems que se encuentran incluidos en el PBS **(2)**; servicios de transporte que no cumplen con los criterios de procedimiento de recobros para poder proceder a su reconocimiento **(109)**, recobros que cumplen los requisitos de procedimiento de recobros **(6)**, ítems sin concepto por ausencia de imagen **(340)** y finalmente ítems sin concepto por ausencia de fallo **(7)**.

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

# **1. Análisis de los Servicios de transporte recobrados 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	Norma que incumple
1	118325768	1	3/03/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO DERL DOMICILIO A CIFEL Y REGRESO	Resolución 5395 de 2013
2	108873969	1	4/11/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO PERIMETRO RURAL DESDE DOMICILIO CUC LA SABANA SAN REMO IDIME DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
3	108577946	1	16/10/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO PERIMETRO RURAL NO INTERINSTITUCIONAL DE DOMICILIO SIBATE MEDICO ALMIRANTE DOMIICLIO SIBATE	Resolución 5395 de 2013
4	118779744	1	1/08/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO PERIMETRO URBANO DEL DOMICILIO A PRAGMA CORPORACION SINDROME DE DOWN Y DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
5	104092656	1	25/03/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO SENCILLO. CLINICA COLOMBIA - DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
6	108873969	2	4/11/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO URBANO DESDE DOMICILIO CLINICA LA SABANA SAN REMO IDIME DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
7	118325802	1	3/04/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO URBANO	Resolución 5395 de 2013

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
				DOMICILIO - CIFEL - COLEGIO - DOMICILIO	
8	118325769	1	2/08/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO URBANO DEL DOMICILIO A CLINICA COLOMBIA CIFEL HOSPITAL SAN JOSE Y DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
9	118325767	1	5/11/2014	TRASLADO ACCESIBLE ESPECIALIZADO URBANO DEL DOMICILIO A COLEGIO CIFEL Y REGRESO	Resolución 5395 de 2013
10	109246315	1	5/12/2014	TRASLADO AEREO DE MEDELLIN A SANTA MARTA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
11	112634051	1	5/12/2014	TRASLADO AEREO BOGOTA CUCUTA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
12	112634050	1	5/12/2014	TRASLADO AEREO BOGOTA CUCUTA PARA USUARIO	Resolución 5395 de 2013
13	112634055	1	6/11/2014	TRASLADO AEREO CUCUTA BOGOTA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
14	112634054	1	6/11/2014	TRASLADO AEREO CUCUTA BOGOTA PARA USUARIO	Resolución 5395 de 2013
15	117937248	1	28/04/2014	TRASLADO AEREO DE BARRANQUILLA A MONTERIA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
16	118779751	1	29/09/2014	TRASLADO AEREO DE BOGOTA A CUCUTA PARA PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
17	109246322	1	5/12/2014	TRASLADO AEREO DE MEDELLIN A SANTA MARTA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
18	112699381	1	7/10/2014	TRASLADO AEREO DE MEDELLIN A MONTERIA PARA PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
19	118325773	1	3/10/2014	TRASLADO AEREO DE MEDELLIN A MONTERIA PARA PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
20	109246321	1	5/12/2014	TRASLADO AEREO DE MEDELLIN A SANTA MARTA DEL PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
21	109246320	1	5/12/2014	TRASLADO AEREO DE MEDELLIN A SANTA MARTA PARA PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
22	117937246	1	27/03/2014	TRASLADO AEREO DE MONTERIA A BARRANQUILLA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
23	117937247	1	27/03/2014	TRASLADO AEREO DE MONTERIA A BARRANQUILLA PARA PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
24	117589361	1	3/02/2015	TRASLADO AEREO MONTERIA BARRANQUILLA PARA ACOMPAÑANTE 1	Resolución 5395 de 2013

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
25	104563331	1	5/05/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE CUCUTA A BUCARAMANGA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
26	104563327	1	5/05/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE CUCUTA A BOGOTA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
27	104563372	1	14/05/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE MONTERIA A CARTAGENA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
28	109882113	1	10/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE MONTERIA A CARTAGENA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
29	103773886	1	20/03/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL BOGOTA CUCUTA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
30	113369497	1	1/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL BUCARAMANGA BARRANQUILLA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
31	113369502	1	24/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE BARRANQUILLA A BOGOTA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
32	113369501	1	24/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE BARRANQUILLA A BOGOTA DEL PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
33	113369500	1	1/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE BARRANQUILLA A BUCARAMANGA DE LA PACIENTE	Resolución 5395 de 2013
34	113369499	1	1/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE BARRANQUILLA A BUCARAMANGA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
35	118779701	1	2/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE CUCUTA A BUCARAMANGA	Resolución 5395 de 2013
36	118779700	1	2/04/2014	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL DE CUCUTA A BUCARAMANGA DEL ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
37	106644240	1	5/08/2013	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL SANTA MARTA BUCARAMANGA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 548 de 2010
38	106644240	2	5/08/2013	TRASLADO AEREO NO INTERINSTITUCIONAL SANTA MARTA BUCARAMANGA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 548 de 2010

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
39	105211094	1	18/03/2013	TRASLADO AEREO NO INTERSTITUCIONAL BOGOTA PASTO PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 548 de 2010
40	105211093	1	18/03/2013	TRASLADO AEREO NO INTERSTITUCIONAL BOGOTA PASTO PARA PACIENTE	Resolución 548 de 2010
41	105834786	1	31/05/2013	TRASLADO AEREO NO INTERSTITUCIONAL MONTERIA BARRANQUILLA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 548 de 2010
42	105113982	1	25/04/2013	TRASLADO AEREO NO INTERSTITUCIONAL PASTO BOGOTA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 548 de 2010
43	105113983	1	25/04/2013	TRASLADO AEREO NO INTERSTITUCIONAL PASTO BOGOTA PARA PACIENTE	Resolución 548 de 2010
44	104590771	1	17/12/2013	TRASLADO ASISTENCIA BASICO DOBLE DOMICILIO-CLINISANITAS PRIMAVERA-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
45	109245674	1	6/10/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) CLINICA COLSANITAS - DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
46	105804350	1	25/03/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-CENTRO DE RIESGO DE FRACTURA DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
47	109246126	1	1/03/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-CAFAM 222-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
48	106074304	1	17/06/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-CLINICA SANITAS-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
49	102606960	1	19/06/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-COLOMBIA-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
50	104479856	1	21/03/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-HIDROCAFAM-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
51	109246126	2	19/03/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-NEURO CALERA-MIOFUNCIONAL-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
52	102607768	1	14/06/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-ROOSVELT-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
53	103267453	1	16/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-RTS EL BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
54	103267687	1	2/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-RTS EL BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
55	104096013	1	30/03/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-SANITAS-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010



Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
56	102795668	1	20/12/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL CUC A DOMICILIO SENCILLO	Resolución 548 de 2010
57	106946865	2	3/02/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL CALERA-NEUROREABILITAR-HIDROCAFAM-DOMICILIO PERIMETRO RURAL	Resolución 5395 de 2013
58	102795669	1	20/12/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL CLINICA COLOMBIA DOMICILIO SENCILLO	Resolución 548 de 2010
59	112006920	3	23/05/2015	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL CLINICA COLOMBIA-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
60	103975621	1	10/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL CLINICA SANITAS A DOMICILIO SENCILLO	Resolución 5395 de 2013
61	103395982	1	13/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO A SAN JOSE A DOMICILIO DOBLE	Resolución 5395 de 2013
62	105804345	1	20/03/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO BOGOTA-IDIME NORTE-DOMICILIO BOGOTA	Resolución 548 de 2010
63	106946865	1	3/02/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-NEURO CALERA-NEUROREABILITAR-HIDROCAFAM-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
64	103976076	1	13/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-CUC-EDIFICIO EL BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
65	107739686	1	1/08/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-FRESENIUS -SAN JOSE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
66	108324967	1	3/11/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-RTS BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
67	104014780	1	2/04/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-RTS BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
68	103975971	1	26/02/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-RTS BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
69	108331303	1	1/11/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO-UNIDAD RENAL EL BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
70	104097077	1	23/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL. DOBLE. DOMICILIO - CIFEL - DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
71	107613982	1	1/10/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL. DOMICILIO - ARCANGELES - DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
72	110674060	1	20/12/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL. DOMICILIO - UROBOSQUE - DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
73	104479856	2	21/03/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) DOMICILIO-NEURO CALERA-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
74	106911556	1	1/10/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO DOBLE DIURNO DOMICILIO-UNIDAD RENAL EL BOSQUE-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
75	104590765	1	2/05/2013	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO DOBLE DOMICILIO-IDIME AMERICAS-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
76	111440053	1	16/03/2015	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO LOCAL DOBLE EN IBAGUE NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
77	114044286	1	14/07/2015	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO LOCAL DOBLE EN IBAGUE NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
78	114044287	1	22/07/2015	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO LOCAL DOBLE EN IBAGUE NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
79	112418273	1	19/05/2015	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO LOCAL DOBLE NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
80	108131564	1	15/09/2014	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTE DOBLE LOCAL NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013


Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
81	100888588	1	5/03/2013	TRASLADO BAJA COMPLEJIDAD DIURNO C.U.C-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
82	109882331	1	11/08/2014	TRASLADO BAJA COMPLEJIDAD NO INTERINSTITUCIONAL DEL DOMICILIO A CLINISANITAS	Resolución 5395 de 2013
83	104657780	1	20/02/2014	TRASLADO BASICO REDONDO DIURNO DOBLE DOMICILIO-CLINICA COLOMBIA-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
84	104614983	1	27/02/2014	TRASLADO BASICO REDONDO DIURNO DOBLE DOMICILIO-CLINICA COLOMBIA-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
85	109005884	1	19/09/2014	TRASLADO BASICO REDONDO DIURNO DOBLE DOMICILIO-CLINICA COLOMBIA-DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
86	103266915	1	21/11/2013	TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA SENCILLO CLINICA COLOMBIA-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
87	109647929	1	15/01/2015	TRASLADO DOBLE BAJA COMPLEJIDAD DIURNO NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
88	105653443	1	10/12/2012	TRASLADO DOBLE DOMICILIO DIAGONAL 53C#27-41 CONSULTA POR MEDICINA INTERNA-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
89	114912016	1	28/07/2014	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO DE DOMICILIO A NEUROLOGOS	Resolución 5395 de 2013
90	114912015	1	18/06/2014	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO DEL DOMICILIO HASTA RENACER	Resolución 5395 de 2013
91	112634088	1	6/06/2014	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO REDONDO NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
92	117937221	1	21/01/2014	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO REDONDO NO INTERINSTITUCIONAL ROLDANILLO CALI	Resolución 5395 de 2013
93	117937218	1	3/12/2013	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO REDONDO NO INTERINSTITUCIONAL ROLDANILLO TULUA	Resolución 548 de 2010
94	117937219	1	1/10/2013	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO REDONDO NO INTERINSTITUCIONAL ROLDANILLO TULUA	Resolución 548 de 2010
95	117937220	1	2/12/2013	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO REDONDO NO INTERINSTITUCIONAL ROLDANILLO TULUA	Resolución 548 de 2010
96	117937222	1	3/01/2014	TRASLADO EN AMBULANCIA BASICO REDONDO NO INTERINSTITUCIONAL ROLDANILLO TULUA	Resolución 5395 de 2013
97	109284703	1	4/11/2014	TRASLADO INTERMUNICIPAL DE PALMIRA A CALI Y CALI A	Resolución 5395 de 2013

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Versión	1
	INFORME TÉCNICO	Página 18 de 46	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
				PALAMIRA PARA ASISTIR A CITAS	
98	108131347	1	2/05/2014	TRASLADO INTERMUNICIPAL NO INTERINSTITUCIONAL PALMIRA A CALI PALMIRA	Resolución 5395 de 2013
99	109284703	2	4/11/2014	TRASLADO LOCAL EN CALI DEL DOMICILIO PARA ASISTIR A TERAPIA EN INSTITUTO PARA CIEGOS	Resolución 5395 de 2013
100	108131347	2	2/05/2014	TRASLADO LOCAL NO INTERINSTITUCIONAL CALI	Resolución 5395 de 2013
101	104649242	1	22/05/2013	TRASLADO MEDICALIZADO TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO - IDIME LAGO - DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
102	108873803	1	7/10/2014	TRASLADO NO INTERINSTITUCIONAL DEL DOMICILIO A ROOSEVELT Y REGRESO	Resolución 5395 de 2013
103	116257500	1	28/01/2015	TRASLADO NO INTERINSTITUCIONAL DOBLE LOCAL DEL DOMICILIO A CLINICA	Resolución 5395 de 2013
104	116042617	2	1/04/2013	TRASLADOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS	Resolución 548 de 2010
105	116042614	1	4/03/2013	TRASLADOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS DESDE DOMICILIO NEUROCALERA PSICOFUNCIONAL CUC CAFAM DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
106	116042617	1	1/04/2013	TRASLADOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS NO INTERINSTITUCIONAL DE DOMICILIO NEURO CALERA CAFAM PSICOFUNCIONAL CLINICA COLOMBIA DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
107	116042619	1	4/02/2013	TRASLADOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS NO INTERINSTITUCIONAL DOMICILIO NEURO CALERA PSICOFUNCIONAL HIDRO NEURO PSICOPEDAGOGICO TERESITA CORTEZ DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
108	116042619	2	4/02/2013	TRASLADOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS PERIMETRO RURAL	Resolución 548 de 2010
109	116042614	2	4/03/2013	TRASLADOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS PERIMETRO RURAL NO INTERISTITUCIONAL	Resolución 548 de 2010

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/ 020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

En relación con los **109** ítems involucrados en este numeral, la fecha de prestación de los servicios objeto del presente caso, ocurrieron entre el 10 de

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>19</b> de <b>46</b>	

diciembre de 2012 al 22 de julio de 2015, 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 5º. Reuniones.** El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones y por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dejará constancia en un libro de actas debidamente foliadas y suscritas por los miembros del Comité, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en el libro de actas.

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

**Artículo 6º. Criterios para la evaluación, aprobación o desaprobación.** El Comité Técnico-Científico deberá tener en cuenta para la evaluación, aprobación o desaprobación de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos tanto en el Manual de Medicamentos, como en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, los siguientes criterios:

- a) La prescripción de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sólo podrá realizarse por el personal autorizado de la entidad administradora de planes de beneficios. No se tendrán como válidas las transcripciones de prescripciones de profesionales que no hagan parte de la red de servicios de cada una de ellas.
- b) Sólo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigentes en el país como las expedidas por el Invima y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud. También se podrán aprobar aquellos medicamentos cuyo uso, esté soportado en doctrina médica internacional, emitida por entidades de reconocido prestigio.
- c) La prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, será consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad,

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>20</b> de <b>46</b>	

contenidas tanto en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto en sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia al mismo o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas. De lo anterior, se deberá dejar constancia en la historia clínica.

El Acta del Comité Técnico-Científico en la que se apruebe un medicamento "de marca comercial" deberá incluir un acápite específico en el cual el médico tratante que debe prescribir un medicamento bajo la denominación común internacional (denominación genérica), justifique que ya ha comprobado que para el usuario es mejor, desde el punto de vista médico, el medicamento de marca, debiendo justificar ante el Comité Técnico- Científico su necesidad médica, así también el Comité Técnico-Científico debe analizar desde la perspectiva médica la solicitud y tomar una decisión. (Sentencia T-760 de 2008).


d) No se podrán aprobar prestaciones que consistan en actividades de educación, instrucción o capacitación; actividades recreativas o lúdicas; las prendas de vestir; las actividades e insumos cosméticos, estéticas, suntuarias o con fines de embellecimiento. Tampoco aquellas prestaciones que no cuenten con evidencia científica o que se encuentren en fase de experimentación; y aquellos medicamentos, suministros y dispositivos médicos, tecnologías, procedimientos, intervenciones, actividades y tejidos humanos, que sean producidos o introducidos en el territorio nacional de manera ilegal o no autorizada, entre otros, o los que no correspondan a los expresamente registrados, aprobados o autorizados, de acuerdo con la normatividad vigente.

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

**Artículo 7º.** *Procedimiento para la evaluación, aprobación y desaprobación.* Las prescripciones u órdenes médicas deberán ser presentadas al Comité Técnico-Científico por el médico tratante y se tramitarán conforme al siguiente procedimiento:

a) La o las prescripciones de medicamentos y su justificación, serán presentadas y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante, adjuntando la epícrisis o resumen de historia clínica; el nombre del medicamento utilizando la denominación común internacional; la identificación de su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individual (es) o combinado(s); concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada del medicamento solicitado y el nombre del medicamento en su denominación común internacional o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se remplazan



	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>21</b> de <b>46</b>	

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

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


c) La o las prescripciones u órdenes médicas y su justificación, señaladas en los literales a) y b), debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante, deberán ser analizadas y comparadas con los estándares, guías, protocolos o doctrinas definidas y publicadas para el efecto, si las hubiera, de lo cual se deberá dejar constancia escrita en la respectiva acta, cuando se pongan a disposición de los actores del Sistema.

d) El Comité, dentro de la misma sesión de la presentación de la prescripción u orden médica y su justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta.

e) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requieren conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán a profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada, de conformidad con la información suministrada. En caso de que no se allegue la información y por considerarla indispensable para tomar la decisión, negará el servicio y dejará constancia en el Acta de la negativa del médico tratante de allegar la información o documentación adicional solicitada.

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

Para el caso de pacientes con enfermedades crónicas a los cuales y después de haber realizado el proceso antes mencionado se les determine un tiempo de tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 22 de 46	

períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año, en cuyo caso el Comité Técnico-Científico deberá hacer la evaluación por lo menos una (1) vez al año y determinar la continuidad o suspensión del tratamiento.


Una vez autorizado por parte del Comité Técnico-Científico el medicamento, actividades procedimientos e intervenciones no incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad administradora de planes de beneficios deberá garantizar el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud al usuario y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el Fosyga, de conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo 128 de 2010 y en la presente resolución. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar el recobro ante las entidades territoriales competentes.

**Parágrafo.** El Acta del Comité Técnico-Científico se acompañará de la Certificación del Médico en el formato que se anexa a la presente resolución, copia de la epícrisis o resumen de la historia clínica y de la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica y otros soportes considerados para la toma de la decisión.

**Artículo 8º. Excepciones.** El procedimiento para la evaluación, aprobación y desaprobación previsto en el artículo 7º de la presente resolución, **no se realizará de manera previa a la prestación del servicio cuando dicha prestación o el suministro del medicamento se requiera para evitar un riesgo inminente o un grave peligro para la vida del paciente.** El referido procedimiento se adelantará una vez suministrada la prestación, para lo cual en todo caso, se deberá dar cumplimiento a los criterios de autorización establecidos en esta resolución.

El médico tratante **deberá presentar el caso ante el Comité Técnico-Científico en cualquiera de las dos (2) sesiones siguientes a la ocurrencia del hecho, quien, mediante un análisis del caso, confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud si es del caso.**

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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página 23 de 46	

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

2. Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se incluya la autorización del medicamento, el servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El acta deberá contener:

- i) La fecha de elaboración y número del acta.
- ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente.
- iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio.
- iv) El resumen de las prescripciones u órdenes, servicios o prestaciones médicas y su justificación, señalando la fecha y demás datos consignados en la misma, elaborada por el médico tratante, quien deberá identificarse plenamente e incluir su número de registro.
- v) El detalle sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud excepcional en salud, así:


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

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

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

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

vi) La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en su denominación común internacional (denominación genérica) del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado. En el evento que no

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>24</b> de <b>46</b>	

exista sustituto deberá indicarse tal circunstancia.

vii) La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en el Plan Obligatorio de Salud equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.

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

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

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

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

xii) Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para los médicos integrantes se requiere el número del registro médico.

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

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


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

iii) Código, descripción, valor unitario y total.

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

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

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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>25</b> de <b>46</b>	

para cada afiliado certificado por el proveedor.

En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando las cantidades suministradas, el valor a recobrar y a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación. Así mismo, si se trata de medicamentos vitales no disponibles deberá allegar la factura o el soporte que lo sustituya, en los que conste el precio de compra al proveedor de origen, sea este nacional o extranjero y observará lo establecido en el Decreto 481 de 2004 y las normas que lo adicionen, modifiquen y/o complementen.

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

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


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

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

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

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

6. Justificación de la necesidad clínica del insumo o procedimiento. Si se trata de medicamentos en su denominación de marca, la autorización deberá cumplir con las condiciones de que trata la Sentencia T-760 de 2008, así: "a) *el médico tratante debe prescribir el medicamento bajo la denominación común internacional (genérico), salvo que ya hubiese comprobado que para el usuario es mejor, desde el punto de vista médico, el medicamento de marca; b) Si el médico tratante prescribe un medicamento de marca, debe justificar ante el Comité Técnico-Científico su necesidad médica; c) El Comité Técnico-Científico debe analizar desde la perspectiva médica la solicitud y, en caso de autorizar el medicamento de marca, acompañar la solicitud de reembolso con la correspondiente*

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>26</b> de <b>46</b>	

*justificación. Adicionalmente, d) De existir dicha justificación no se podrá glosar la solicitud alegando 'principio activo en POS', y e) El monto a reembolsar deberá corresponder a lo que la EPS no está legal y reglamentariamente obligada a asumir de la determinación de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente".*

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

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

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


**Artículo 12. Término para radicar las solicitudes de recobro.** Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento de lo señalado por el Decreto Legislativo 128 de 2010, respecto de las prestaciones de servicios ocurridas con posterioridad a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo ya mencionado, deberán tramitar y presentar en debida forma, las solicitudes de recobro ante el Fosyga autorizados por el Comité Técnico-Científico u ordenados mediante fallo de tutela, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de ocurrencia del evento o nacimiento de la obligación, según corresponda.

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

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010, se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

**Parágrafo.** Las prestaciones de servicios cuya ocurrencia sea anterior a la fecha de entrada en vigencia del Decreto Legislativo 128 de 2010,



	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>27</b> de <b>46</b>	

contarán con el plazo previsto en las normas anteriores para ello

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.

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.

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>28</b> de <b>46</b>	

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

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

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

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


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

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

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

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

1.8 Certificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>29</b> de <b>46</b>	

autorización contenidos en la presente resolución.

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>30</b> de <b>46</b>	

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 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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>31</b> de <b>46</b>	

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 16.** *Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente.* La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, como mínimo:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS.

**2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.**

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>32</b> de <b>46</b>	

3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura no esté discriminada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad podrá certificar dicho detalle.

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

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

6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de tecnologías en salud NO POS se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el cual será publicado por el administrador fiduciario en la página web del FOSYGA de manera semestral.


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

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

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

Parágrafo 2. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, éstos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del



	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>33</b> de <b>46</b>	

medicamento y la cantidad recobrada.

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

Parágrafo 4. Adicionado por el art. 1, Resolución Min. Salud 3435 de 2016, Modificado por el art. 1, Resolución Min. Salud 5319 de 2016.


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

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

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

**Artículo 33. Término para la presentación de las solicitudes de recobro.** Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo [111](#) del Decreto Ley 019 de 2012.

**Artículo 36. Días habilitados para la radicación de las objeciones.** El período habilitado para la radicación de las objeciones **son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes.** Aquellas objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>34</b> de <b>46</b>	

presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

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

**Artículo 40. Monto a reconocer y pagar por recobro de tecnologías en salud NO POS.** El monto a reconocer y pagar por recobros de tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

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

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


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

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

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

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

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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>35</b> de <b>46</b>	

se expida para el efecto.

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

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


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

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

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

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

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

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>36</b> de <b>46</b>	


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 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.

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>37</b> de <b>46</b>	

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

Decreto ley 019 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 pagara 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".

Decreto 3990 de 2007

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>38</b> de <b>46</b>	

**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 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.

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>39</b> de <b>46</b>	

## 2. Servicios médicoquirúrgicos:

a) Original del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el afecto 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;

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

## 4. Indemnización por muerte:



	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>40</b> de <b>46</b>	

- 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 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.

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>41</b> de <b>46</b>	

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.

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.

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página 42 de 46	

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 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

Los servicios de transporte que se están recobrando, 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 «020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte», por lo tanto, se les aplicó de manera correcta las respectivas glosas y no procede su pago.

## 2. Análisis de ítems que se encuentran incluidos en el POS/PBS


Los servicios de transporte que se relaciona en este numeral, se encontraban incluidos en el Plan de Beneficios de Salud para el momento de la fecha de prestación de servicio.

**Tabla No. 2**  
**Ítems incluidos en el POS/PBS**

Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
111675969	1	12/02/2015	TRASLADO BASICO SENCILLO DIURNO CLINICA PALERMO-DOMICILIO	La Resolución 5521 de 2013 en su artículo 124 que trata del transporte o traslado de pacientes.
90014046	1	10/08/2010	TRASLADO EN AMBULANCIA NO INTERINSTITUCIONAL	El Acuerdo 008 de 2009 en su artículo 33 que nos indica: "Transporte o traslado de pacientes"

Acuerdo 008 de 2009

**Artículo 33. Transporte o traslado de pacientes.** El Plan Obligatorio

	<b>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>		Versión	1
	<b>INFORME TÉCNICO</b>		Página <b>43</b> de <b>46</b>	

de Salud de ambos regímenes **incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional**, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

**Parágrafo 1º.** Si en criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

**Parágrafo 2º.** Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.


Resolución 5521 de 2013

**ARTÍCULO 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES.** El Plan Obligatorio de Salud **cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada)** en los siguientes casos:

\* Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

\* Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 44 de 46	

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

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


Como se ha indicado anteriormente en este informe, hay **347** ítems que no se pudieron verificar por cuanto la Oficina Asesora Jurídica no dispuso las imágenes, 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 «020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte».

### 4. Análisis de los ítems que no les aplica la glosa

En este grupo, se encuentran **6** ítems en los cuales se encuentran Servicios de transporte 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. 3**  
**Ítems que no les aplica la glosa.**

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
1	105747573	1	18/11/2013	TRASLADO DOBLE BAJA COMPLEJIDAD DIURNO DOMICILIO-CENTRO MEDICO-DOMICILIO	Resolución 548 de 2010
2	114911858	1	18/08/2015	TRASLADO AEREO MONTERIA BARRANQUILLA BARRANQUILLA MONTERIA PARA ACOMPAÑANTE	Resolución 5395 de 2013
3	102795908	1	21/01/2014	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB) TERRESTRE NO INTERINSTITUCIONAL DOBLE DOMICILIO A CLINICA A DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013
4	108577602	1	6/10/2014	TRASLADO EN AMBULANCIA DOBLE DIURNO NO INTERINSTITUCIONAL	Resolución 5395 de 2013
5	109246216	1	2/10/2014	TRASLADO INTERMUNICIPAL NO INTERINSTITUCIONAL PALMIRA A CALI PALMIRA	Resolución 5395 de 2013
6	103505346	1	11/01/2014	TRASLADO SENCILLO AREA DE BUCARAMANGA SALIDA DE HOSPITALIZACION CLINICA COMUNEROS AL DOMICILIO	Resolución 5395 de 2013

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 45 de 46	

## 5. Análisis de los ítems que se encuentran aprobados.

Respecto a los **113** 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 «020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte»

## VI. CONCLUSIONES

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

- El Perito no debió pronunciarse respecto a **358** ítems en los que manifestó no tener imagen, según lo indicado en la columna **P** del archivo Hoja de cálculo Excel denominada «Dictamen Pericial AGS2026.325-0482. DPVF.2017 BASE 025»
- Se determinaron **347** ítems, en los que no se pudo emitir un concepto técnico por ausencia de las imágenes o de fallo, por lo tanto, en la columna de concepto se dejó "Sin Concepto".
- Se determinaron **111** 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 **113** ítems se encuentran aprobados en paquetes de Glosa transversal y Acuerdos de punto final.
- Se indicó que **6** ítems no les aplica la glosa impuesta, por cuanto estos cumplen con los requisitos normativos del procedimiento de recobros.

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 **11001310501420180037600**; para mayor comprensión se adjunta archivo Excel denominado "020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte" en el que encontrarán en las columnas finales de la hoja "Informe Consolidado" las justificaciones realizadas en cuanto a la verificación uno a uno de los ítems recobrados, sobre la auditoría que practicaron en su momento las firma contratistas.

Anexo: Hoja de cálculo Excel denominada «020\_Sanitas\_037600\_10\_Reporte».

Elaboró Informe: Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista.

Elaboró Excel adjunto: Jesús Eduardo Arrieta Negrete – Contratista.



**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL  
EN SALUD**

**INFORME TÉCNICO**

Versión

1

Página **46** de **46**

Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista.  
Yolima Ramírez Cubides – Contratista.  
Yurany Constanza Jiménez Barreto – Contratista.

Revisó y aprobó:

Brian Javier Rodríguez Núñez– Contratista.