	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 1 de 40	

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

Proceso: Ordinario Laboral No. **11001310502120190050500**

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 19 de marzo de 2026, a través del cual solicitó la colaboración en la contradicción del dictamen pericial aportado dentro del proceso ordinario Laboral No. **11001310502120190050500** 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. **11001310502120190050500**, como se indicó en el objetivo del presente informe, para lo cual adjuntó un enlace que dirige al expediente digital.

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

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

El resultado de auditoría, estado y glosas que actualmente presentan los recobros en el Sistema de Información de la ADRES es el asignado por la firma auditora contratada en su momento por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que para el caso de los recobros contenidos en el proceso judicial que nos ocupa le correspondió al Consorcio FIDUFOSYGA 2005 con quien el Ministerio suscribió el contrato de encargo fiduciario para la administración de los recursos del FOSYGA No. 242 de 2005, así mismo, la Unión Temporal Nuevo FOSYGA, Consorcio Minsalud -2015 con quien el Ministerio suscribió los contratos de consultoría No. 055 de 2011, por cuanto se trata de recobros contenidos en paquetes conformados con recobros radicados y auditados durante los años **2011, 2014, 2015, 2016 y 2017.**

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 2 de 40	

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

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


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

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

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

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 3 de 40	

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

*Artículo 228. Contradicción del dictamen: **La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones.** Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuentes. 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 4 de 40	

podría resultar favorable para la ADRES como demandada, pues de no ser así, aumenta la probabilidad de que el juez falle a favor del demandante con base en la exposición unilateral del perito que contrató este y que podría estar parcializada y conceptuada a favor de sus intereses.

En este orden de ideas, es claro que este informe de concepto técnico, aunque se decidiera aportar al proceso, per se, no tiene el valor probatorio que tiene el dictamen pericial y aunque tuviera la vocación o la 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 5 de 40	


que es quien actúa como contraparte dentro del proceso y tiene acceso a los documentos que obran y se producen dentro del expediente. Adicionalmente la guía metodológica VALR-GU10_Guia de Apoyo Técnico DOP-OAJ_V01, respecto a imágenes definió varios aspectos, así:

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

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

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

Al respecto, es claro que el principio la carga probatoria está en quien alega el derecho o quien ejerce el derecho de acción, solo en casos excepcionales el juez invierte la carga de la prueba o traslada esa obligación al demandado, ahora bien, se observa que el Perito en el dictamen que nos ocupa indica que, de los **195** ítems objeto del dictamen, indicó que **todos** cuentan con las respectivas imágenes; conceptuó como No POS los **195** ítems; el equipo de Conceptos Técnicos encontró **177** ítems con imágenes disponibles para pronunciarse, y **18** ítems en los cuales no hay soportes del recobro o no se encontró la imagen que

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 6 de 40	

hace referencia al soporte principal sobre el que recaía la glosa o las glosas, como lo es el fallo de tutela, el cual es fundamental para emitir un concepto siendo imposible emitirlo. Por lo tanto, le corresponde a la OAJ verificar tal situación y si lo considera pertinente, allegar a esta Dirección las imágenes de los soportes de todos los recobros que reposan en el expediente judicial con el fin de que estos sean verificados.

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


II. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ADELANTADO

Se analizaron los argumentos presentados por el perito experto Fernando Quintero Bohórquez delegado por la Empresa AGS para rendir el dictamen pericial **AGS2024_325 0240_DPVF_2019_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 **195** ítems inmersos en **177** 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 3951	2016	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1328	2016	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 7 de 40	

Norma	Año	Aplicación
		cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5395	2013	Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones.
Decreto 19	2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
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. **11001310502120190050500**, que cursa en el Juzgado 21 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 **195** ítems inmersos en **177** recobros que EPS SANITAS presentó como consecuencia de la prestación de servicios ocurridos entre el 2 de diciembre de 2011 al 13 de febrero de 2017, y que fueron radicados por primera vez, entre el 16 de enero de 2012 al 30 de noviembre de 2017, 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 **155** ítems, pero no al número total de **195**, que fueron revisados por parte del perito, tal como lo indica en la página **76** del documento en formato PDF:

Imagen No. 1

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

AGRUPACION	CANTIDAD DE ITEMS	DE VALOR	CALIFICACION PERICIAL
2018-base 139 . TECNOLOGIAS EN SALUD NO POS SUMINISTRADAS EN VIGENCIA DE LA RESOLUCION 5261 DE 1994, ACUERDO 008 DE 2009, ACUERDO 029 DE 2011, RESOLUCION 5521 DE 2013, RESOLUCION 5592 SE 2015 hasta resolución 6408 de 2016. Tecnologías en salud entregadas por SANITAS EPS, en el periodo comprendido entre 07/02/2012 A 28/07/2016/TECNOLOGIAS NO POS CON IMAGEN TABLA 8.1	148	\$ 25.448.823,00	NO POS con imágenes ,
2018-base 139 . TECNOLOGIAS EN SALUD NO POS SUMINISTRADAS EN VIGENCIA DE LA RESOLUCION 5261 DE 1994, ACUERDO 008 DE 2009, ACUERDO 029 DE 2011, RESOLUCION 5521 DE 2013, RESOLUCION 5592 SE 2015 hasta resolución 6408 de 2016. Tecnologías en salud entregadas por SANITAS EPS, en el periodo comprendido entre 07/02/2012 A 28/07/2016/TECNOLOGIAS NO POS SIN IMAGEN TABLA 8.2	7	\$24.053.577,00	NO POS SIN IMÁGENES
TOTAL	155	\$49.502.400,00,	NO POS

Fuente: Dictamen Pericial AGS2024_325 0240_DPVF_2019_Base_025

Imagen No. 2

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

BASE	OBSERVACION	FECHAS	TOTAL DICTAMEN		NO POS CON IMAGEN			NO POS SIN IMAGEN			TOTAL NO PBS
			ITEMS	RECOBROS	ITEM	RECOBROS	VALOR	ITEM	RECOBROS	VALOR	
2019 BASE 025	MEDICAMENTOS	2/12/2011 AL 13/02/2017	196	177	148	132	\$ 25.448.823,00	7	7	\$ 24.053.577,00	\$ 49.502.400,00
TOTAL			196	177	148	132	\$ 25.448.823,00	7	7	\$ 24.053.577,00	\$ 49.502.400,00

EXTEMPORÁNEO GLOSA ÚNICA			
GLOSA	ITEM	RECOBROS	VALOR
4001	2	2	\$ 217.700,00
Total	2	2	\$ 217.700,00

BOEX			
GLOSA	ITEM	RECOBROS	VALOR
3002	22	20	\$ 36.866.963,00
Total	22	20	\$ 36.866.963,00

CONSISTENCIA SIN PRONUNCIAMIENTO			
COD. GLOSA	ITEM	RECOBROS	VALOR
4102 - 4102 - 4103	1	1	\$ 36.000,00
Total	1	1	\$ 36.000,00

FORMULA JUSTIFICADA			
COD. GLOSA	ITEM	RECOBROS	VALOR
3304	1	1	\$ 137.890,00
Total	1	1	\$ 137.890,00


ACTA DE CTC JUSTIFICADA			
COD. GLOSA	ITEM	RECOBROS	VALOR
3401	12	12	\$ 971.640,00
3401 - 3405 - 3423	2	2	\$ 264.640,00
Total	14	14	\$ 1.236.280,00

TIPO DE GLOSA		
TIPO	ITEMS	VALOR
ÚNICA	66	\$ 64.518.317,00
COMBINADA	129	\$ 22.718.136,00

PROCESO No. 11001310502120190050500
JUZGADO 31 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
DEMANDANTE: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD - SANITAS S.A.
DEMANDADO: ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES.

Fuente: Dictamen Pericial AGS2024_325 0240_DPVF_2019_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 **195** recobros objeto del dictamen pericial, encontrando que estos presentan estados de auditoría ordinaria tales como, «Aprobado» y «No aprobado»; sobre los cuales se encuentran aplicadas glosas únicas y glosas combinadas.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 9 de 40	


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 **70**, señaló «**¿Los recobros relacionados en la base de datos y los soportes del mismo entregados por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A., cumplen con todos los requisitos establecidos en la normatividad vigente, de acuerdo a la fecha de prestación del servicio para ser reconocidos por el ente auditor del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), actualmente denominada como la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)?**»; luego en el último párrafo de la página **72** el perito menciona «(...) se emiten en dos tablas incluidas al documento una, con todos los recobros que cumplen a cabalidad con todos los requisitos esenciales para la presentación y reconocimiento, los cuales están clasificados como NO POS y cuentan con las imágenes completas (numeral 8.1) y, otra tabla donde se mencionan aquellos recobros que no cuentan con imágenes pero, que su revisión contra la normatividad vigente permite inferir que no están incluidos en el POS,», sin embargo, el perito no le indica al juez cuales son la totalidad de esos requisitos esenciales con los que deben cumplir los recobros, y no le aclara que no es suficiente y no basta con que simplemente sea una tecnología NO POS; para el efecto y respecto a la presentación de los recobros que son objeto del dictamen, cuyas prestaciones ocurrieron entre **el 2 de diciembre de 2011 al 13 de febrero de 2017**, estas debían ser tramitadas mediante un único procedimiento, cuyo contenido previó los requisitos generales y específicos, así como causales de devolución, rechazo y aprobación condicionada, las normas que regían dicho procedimiento cuando se originaron las prestaciones, fueron las resoluciones 5395 de 2013, 1328 de 2016 y 3951 de 2016.

2. En la página **9**, 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 **71**, 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 10 de 40	


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 **(195)** 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 **72**, menciona algunos de los documentos que deben acompañar la solicitud de recobro, el perito sesgó al lector del dictamen de una comprensión exacta del proceso de auditoría, pues no menciona por ejemplo las diferentes validaciones que surte el recobro, las cuales confrontan la fecha de prestación del servicio y el número de identificación del paciente o usuario y adicional se deben cumplir requisitos establecidos en la normatividad como por ejemplo el valor del elemento recobrado en la factura, este debidamente liquidado y no puede superar el valor del tope establecido en la norma, por lo que estaríamos frente a un mayor valor recobrado, tampoco cobrar algo que ya se encuentra liquidado y pagado dentro del mismo recobro bajo otro ítem, otro de los requisitos que se validan al momento de la auditoría, como datos del usuario y el estado de su afiliación.

4. En la página **73**, 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 11 de 40	

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 «39AnexoDictamenAgs2024_325-0240Dpvf2019Base025» que hace parte del dictamen pericial «AGS2024_325_0240_DPVF_2019_Base_025», y dentro de esta, en la columna **M**, donde indicó que hay **7 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 «019_Sanitas_050500_87_Reporte», y para mayor comprensión de la Oficina Asesora Jurídica, se determinó que los ítems objeto del debate son **(195)**, 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 **(88)**; ítem que está sin glosa, el recobro ingresó por Glosa Transversal, es decir, no se relacionó el radicado inicial. En cumplimiento por la Resolución 4244 del 2015 Artículo 3 Parágrafo 1: *«Parágrafo 1. En todos los casos, debe relacionarse en el medio magnético el número anterior del recobro que le fue asignado en el último proceso ordinario de radicación, donde le fue impuesta la glosa y cuando se trate de reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT del Fosyga, debe relacionarse el número de la reclamación correspondiente, que le fue asignado en la primera presentación por un proceso ordinario de radicación. Los procesos ordinarios no incluyen las presentaciones realizadas en virtud de los mecanismos excepcionales habilitados legalmente»*. **(7)**; medicamentos que no cumplen con los criterios de procedimiento de recobros para poder proceder a su reconocimiento **(57)**, recobros que cumplen los requisitos de procedimiento de recobros **(7)**, sin concepto por ausencia de imagen **(36)**.


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 recobro, así:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 12 de 40	


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

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

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
1	126581780	1	26/08/2016	ATACAND® 8MG..	Resolución 1328 de 2016
2	125178110	3	31/10/2016	DIOVAN® 320 MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
3	125179438	1	20/10/2016	ALEVIAN DUO® CAPSULAS	Resolución 3951 de 2016
4	125179438	2	26/10/2016	ALEVIAN DUO® CAPSULAS	Resolución 3951 de 2016
5	125183031	1	25/10/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
6	125321770	1	4/11/2016	COAPROVEL® 300/25 MG	Resolución 3951 de 2016
7	128563479	4	27/01/2017	GLUCOPHAGE® XR 1000 MG	Resolución 3951 de 2016
8	126033420	2	22/11/2016	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 3951 de 2016
9	126035704	4	26/11/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
10	126036261	1	18/11/2016	JANUMET® 50/500MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
11	126041138	1	26/11/2016	ATACAND® 8MG..	Resolución 3951 de 2016
12	126042881	2	29/11/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
13	126049252	2	28/11/2016	AZARGA® SUSPENSION OFTÁLMICA ESTÉRIL	Resolución 3951 de 2016
14	126049696	8	8/11/2016	LACORYL® 60 MG CAPSULAS	Resolución 3951 de 2016
15	126049696	11	12/10/2016	LACORYL® 60 MG CAPSULAS	Resolución 3951 de 2016
16	126051422	3	20/10/2016	VANNAIR® 160/4.5 MCG/INHALACION	Resolución 3951 de 2016
17	126054560	1	1/12/2016	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 3951 de 2016
18	126056570	1	31/10/2016	AZARGA® SUSPENSION OFTÁLMICA ESTÉRIL	Resolución 3951 de 2016
19	126058457	2	29/11/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
20	126058469	1	2/12/2016	ATACAND® 8MG..	Resolución 3951 de 2016
21	126058520	1	24/11/2016	AZARGA® SUSPENSION OFTÁLMICA ESTÉRIL	Resolución 3951 de 2016

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 13 de 40	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
22	126058606	7	23/11/2016	PROGRAF® XL CAPSULAS DE LIBERACION PROLONGADA DE 1 MG	Resolución 3951 de 2016
23	126060443	2	25/11/2016	GLUCOPHAGE® XR 1000 MG	Resolución 3951 de 2016
24	126061335	1	19/11/2016	JAKAVI® 15 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
25	126061335	3	27/10/2016	VANNAIR® 160/4.5 MCG/INHALACION	Resolución 3951 de 2016
26	126065432	1	21/11/2016	ATACAND® 8MG..	Resolución 3951 de 2016
27	126065624	2	18/11/2016	AZARGA® SUSPENSION OFTÁLMICA ESTÉRIL	Resolución 3951 de 2016
28	126281188	1	5/12/2016	MICARDIS® PLUS COMPRIMIDOS 80 / 12.5 MG	Resolución 3951 de 2016
29	126283004	1	12/12/2016	JAKAVI® 15 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
30	126283373	1	30/11/2016	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 3951 de 2016
31	126294363	1	2/12/2016	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 3951 de 2016
32	126295199	2	6/12/2016	ATACAND® 8MG..	Resolución 3951 de 2016
33	126305790	1	5/09/2016	JAKAVI® 15 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
34	126493853	1	17/12/2016	JAKAVI® 15 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
35	126495656	1	9/12/2016	AZARGA® SUSPENSION OFTÁLMICA ESTÉRIL	Resolución 3951 de 2016
36	126496218	1	13/12/2016	JANUMET® 50/500MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
37	126498983	1	15/12/2016	GLUCOPHAGE® XR 1000 MG	Resolución 3951 de 2016
38	126502693	2	16/12/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
39	126504063	2	10/12/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
40	126504212	2	9/12/2016	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 3951 de 2016
41	126506416	2	22/11/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
42	126543961	2	6/09/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
43	125414960	1	14/04/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 5395 de 2013
44	125416066	1	4/03/2016	COAPROVEL® 300/25 MG	Resolución 5395 de 2013
45	125422795	13	17/01/2016	MABTHERA® CONCENTRADO DE	Resolución 5395 de 2013

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 14 de 40	


Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
				SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN 500 MG / 50 ML	
46	125524164	1	8/01/2016	COAPROVEL ® 300/25 MG	Resolución 5395 de 2013
47	125574303	1	9/01/2016	ONBRIZE® BREEZHALER 150 MCG POLVO PARA INHALACION (CÁPSULA DURA)	Resolución 5395 de 2013
48	125574395	1	19/01/2016	DIOVAN ® 320 MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 5395 de 2013
49	125575076	1	3/03/2016	ONBRIZE® BREEZHALER 150 MCG POLVO PARA INHALACION (CÁPSULA DURA)	Resolución 5395 de 2013
50	125985414	1	2/06/2015	JANUMET® 50/500MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 5395 de 2013
51	126158061	1	14/03/2016	MICARDIS ® PLUS COMPRIMIDOS 80 / 12.5 MG	Resolución 5395 de 2013
52	126296520	1	29/05/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 5395 de 2013
53	126296520	2	29/05/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 5395 de 2013
54	126355730	1	23/02/2016	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 5395 de 2013
55	126370758	1	14/04/2015	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 5395 de 2013
56	126563372	2	25/04/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 5395 de 2013
57	108496735	1	22/01/2015	VALCOTE® ER 500 MG	Resolución 5395 de 2013

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/ 019_Sanitas_050500_87_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

En relación con los **253** ítems involucrados en este numeral, la fecha de prestación de los servicios objeto del presente caso, ocurrieron entre el 12 de septiembre de 2014 al 26 de septiembre de 2016, por lo cual les aplica y deben cumplir los requisitos mínimos en las siguientes normas de procedimiento de recobros; resolución 5395 de 2013, resolución 1328 de 2016, resolución 3951 de 2016, 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 5395 de 2013

Artículo 9. Criterios para la aprobación de las tecnologías en salud NO POS. Para la aprobación de las tecnologías NO POS, el Comité Técnico Científico - CTC deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 15 de 40	

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

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

3. La tecnología en salud NO POS no deberá corresponder a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.


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

Parágrafo 2. Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el Comité Técnico Científico deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud NO POS.

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

Artículo 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 16 de 40	

Protección Social o quien haga sus veces, el cual deberá contener la siguiente información:

1.1 Fecha de elaboración y número de acta.

1.2 Nombre o tipo y número de identificación del usuario.

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

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


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

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

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

1.5.3 Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, 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:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 17 de 40	

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

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


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

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

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

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 18 de 40	

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 se remita como soporte de la solicitud del recobro no cuente con la totalidad de las firmas. Se deberá adjuntar certificación del representante legal de la entidad recobrante donde indique bajo la gravedad del juramento que la sesión se realizó en la fecha indicada y las razones por las cuales no está suscrita por alguno de los integrantes autorizados.

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

Artículo 16. *Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente.* La factura de venta o documento equivalente, expedida por

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 19 de 40	

el proveedor de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, como mínimo:

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

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

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

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


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

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

Parágrafo 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 20 de 40	

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 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 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 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 21 de 40	

medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

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

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

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

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

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


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

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

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

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

3. Procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, o por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por concepto de

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 22 de 40	

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


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

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

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

Parágrafo 1. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 23 de 40	

administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

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


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

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

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando el valor recobrado de las tecnologías NO POS sea superior al valor máximo que se determine.
3. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.

Resolución 1328 de 2016

Artículo 9. Requisitos para realizar la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá realizarse por el profesional de salud tratante, quien para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro de Talento Humano en Salud - RETHUS de su respectiva profesión, encontrarse habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS y observar los siguientes requisitos:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 24 de 40	

1. Que el servicio o la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre cubierta(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el caso de medicamentos o dispositivos o las demás entidades u órganos competentes en el país.


3. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica

4. Que la decisión de prescribir un servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible. En caso de que existan protocolos, guías y procedimientos desarrollados en el país deberá tomarlos como referencia.

5. Cuando los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, correspondan a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica o que se encuentren en fase de experimentación y en los casos en los cuales la prestación tenga que ser prestada en el exterior, deberá tener en cuenta las disposiciones contenidas en el artículo 12 de la presente Resolución.

6. Tratándose de tratamientos ambulatorios ordenados por primera vez al paciente, la prescripción podrá efectuarse hasta por un término máximo de tres (3) meses. Si la respuesta al tratamiento es favorable, el profesional de la salud tratante determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.

7. Tratándose de pacientes con enfermedades crónicas, respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por doce (12) meses. Al término de este período, el profesional de la salud tratante deberá hacer la evaluación


	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 25 de 40	

correspondiente y determinar la continuidad o no del servicio o de la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

8. Consignar de forma expresa en la historia clínica del paciente, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo precedente para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 10. Criterios para la prescripción. El profesional de la salud que prescribe servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión.
2. Comunicar al paciente con claridad, el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en el numeral 4 del artículo precedente.
3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, el profesional de la salud tratante lo prescribirá de acuerdo a lo previsto en los artículos [16](#) y [17](#) del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.
4. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 26 de 40	

5. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, indicar el procedimiento en el cual se utilizará, cuando haya lugar a ello.

6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución [4678](#) de 2015 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan.

7. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 12. Prescripciones excepcionales de servicios o tecnologías explícitamente excluidas. Cuando el profesional de la salud tratante prescriba alguno de los servicios o tecnologías explícitamente excluidas, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización, a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en el siguiente capítulo y atendiendo las reglas que se señalan a continuación:


1. La prescripción que realice el profesional de la salud tratante de estos servicios o tecnologías, se hará a través del aplicativo de que trata este acto administrativo.

2. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo.

3. Cuando la prescripción de estos servicios o tecnologías se realice por un profesional de una IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.

4. Cuando la prescripción de estos servicios o tecnologías sea realizada por un profesional de una IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente Resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

5. Cuando exista urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de que

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 27 de 40	

trata el artículo [3o](#) de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo [54](#) de la mencionada Ley, no se aplicará el procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo, casos en los cuales el profesional de la salud tratante tiene la posibilidad de decidir sobre el servicio o la tecnología a utilizar, previa verificación del cumplimiento de lo establecido en los artículos 9 y 10 de la presente Resolución.

En las situaciones mencionadas, el profesional de la salud tratante deberá presentar el caso ante la Junta de Profesionales de la Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes al suministro del servicio o tecnología, órgano que confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro de la misma.

Artículo 17. Reuniones y actas. Las Juntas de Profesionales de la Salud se reunirán cuando prescriba alguno de los servicios o tecnologías en salud de que trata el artículo 12 de la presente Resolución o cualquier otro que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, y emitirá su concepto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.


Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración y número de acta.
2. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
3. Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades -CIE 10.
4. Servicio o tecnología prescrita por el profesional de la salud tratante.
5. Si se trata de un servicio o tecnología único o sucesivo.

6. La justificación técnica del uso del servicio o tecnología.

7. La decisión adoptada por la Junta.
8. Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta.

Artículo 25. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud tratante. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud tratante, donde se solicite el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, además de los documentos de que tratan los artículos 22, 23 y 24 de la presente

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 28 de 40	

resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de que trata el Artículo 5 de la presente Resolución, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recobro.

2. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:

a) Si se trata de un medicamento, deberá identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. mediante 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) Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, indicar 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.

c) Si se trata de un procedimiento, deberá identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se remplazan o sustituyen, equivalentes a los solicitados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total.

Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica soportada con la evidencia clínica de acuerdo con los artículos [94](#), [95](#) y [96](#) de la Ley 1438 de 2011.

3. Evidencia de la entrega del servicio o de la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 29 de 40	

a) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente y/o en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.


b) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.

c) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

Artículo 26. Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de tutela. Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 22, 23 y 24 de la presente Resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

- 1.** El número de prescripción generado por el aplicativo de reporte, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recobro.
- 2.** Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.

Cuando por circunstancias ajenas a la entidad recobrante no sea posible aportar el fallo de tutela o éste se encuentre ilegible o incompleto, dicha entidad podrá presentar otras providencias judiciales que se hayan emitido en la actuación, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Asimismo, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo (i) la parte resolutive, (ii) la autoridad judicial que lo profirió y (iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportarse certificación del representante legal donde manifieste las circunstancias que le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 30 de 40	

3. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:

a) Si se trata de un medicamento, deberá identificar el medicamento cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye, 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) Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este 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.


c) Si se trata de un procedimiento, deberá identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se remplazan 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 en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica soportada con la evidencia clínica de acuerdo con los artículos [94](#), [95](#) y [96](#) de la Ley 1438 de 2011.

d) Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente en cualquier caso.

4. Evidencia de la entrega del servicio o de la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

a) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC ordenada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología en salud como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente y/o en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 31 de 40	

de la prescripción, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

b) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC ordenada se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.

c) Cuando el servicio la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 epícrisis o de la historia clínica.


5) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea ordenada por fallo de tutela, la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud o servicio solicitado, que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente, la cual deberá reportarse por un médico de la entidad recobrante en el aplicativo de que trata el artículo 5 de la presente resolución.

Tratándose de tecnologías en salud o servicios sucesivos, además de lo previsto en el inciso anterior, se deberá indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

Parágrafo, Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se deberá relacionar en el archivo (TXT) que soporta su presentación, el número inicial único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia completa y legible del fallo de tutela.

Artículo 31. 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.** Base de Datos del Régimen de Excepción (BDEX).
- 3.** Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
- 4.** Base de datos de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
- 5.** Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), cuando la entidad esté obligada a efectuar el reporte.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 32 de 40	

6. Código Único de Medicamentos (CUM).

7. Registro Único de Víctimas (RUV).

8. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá utilizar la información reportada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS para verificar la atención que se solicite en el recobro/cobro.

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".

Ley 100 de 1993

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 33 de 40	

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

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

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

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


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

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 34 de 40	

Resolución 3951 de 2016


ARTICULO 25. Contenido del acta de la junta de profesionales de la salud. [Modificado por el art. 11, Resolución Min. Salud 532 de 2017.](#) Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración y número de acta.
2. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
3. Diagnóstico con la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).
4. Servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamento del listado UNIRS prescrita por el profesional de la salud.
5. Si se trata de un servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamento del listado UNIRS única o sucesiva.
6. La justificación médica, técnica y de pertinencia acerca del uso del servicio o tecnología complementaria prescrita.
7. La decisión de aprobación o negación adoptada por la junta.
8. Nombre y firma de todos los integrantes de la junta.

ARTICULO 34. Documentos para el proceso de verificación de los recobros/ cobro. Además de los documentos generales de presentación de recobros/cobros previstos en el artículo anterior, para efectos de la verificación, las entidades recobrantes deberán radicar su solicitud junto con los siguientes documentos:

1. Formatos de solicitud de recobro que para el efecto establezca el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o quien haga sus veces.
2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
3. Documento soporte donde se evidencie la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

ARTICULO 37. Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 35 de 40	

fallos de tutela. Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 33 y 34 de la presente resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de reporte que soporta la presentación de la solicitud de recobro.
2. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.


Cuando por circunstancias ajenas a la entidad recobrante no sea posible aportar el fallo de tutela o este se encuentre ilegible o incompleto, dicha entidad podrá presentar otras providencias judiciales que se hayan emitido en la actuación, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Asimismo, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo (i) la parte resolutive, (ii) la autoridad judicial que lo profirió y (iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportarse certificación del representante legal donde manifieste las circunstancias que le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.

3. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:

a) Si se trata de un medicamento, este debe venir reportado en CUMS e identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, mediante la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC). En todo caso los demás campos asociados al medicamento que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recuperada.

Si el medicamento recuperado tiene un comparador administrativo, este debe venir reportado en CUMS, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, indicar el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).

En todo caso los demás campos asociados al comparador administrativo

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 36 de 40	

deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

b) Si se trata de un procedimiento, es obligatorio sin excepción identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se remplazan o sustituyen, equivalentes a los solicitados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS). En todo caso los demás campos asociados al procedimiento deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

4. Evidencia de la entrega del servicio o de la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:


a) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC sea de tipo ambulatorio: firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

b) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC ordenada se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.

c) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC 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.

5. Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC sea ordenada por fallo de tutela la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud o servicio solicitado, que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clinicopatológica del paciente, la cual deberá reportarse por un médico de la entidad recobrante en el aplicativo de que trata el artículo 5. de la presente resolución.

Tratándose de tecnologías en salud o servicios sucesivos, además de lo previsto en el inciso anterior, se deberá indicar la frecuencia de uso,

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 37 de 40	

cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

6. [Adicionado por el art. 16, Resolución Min. Salud 532 de 2017.](#)

Parágrafo. Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se deberá relacionar en el archivo (TXT) que soporta su presentación, el número inicial único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia completa y legible del fallo de tutela.


ARTICULO 42. 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. Base de Datos del Régimen de Excepción (BDEX).
3. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
4. Número de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
5. Código Único de Medicamentos (CUM).
6. Registro Único de Víctimas (RUV).
7. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá utilizar la información reportada en el registro individual de prestación de servicios de salud, RIPS, para verificar la atención que se solicite en el recobro/cobro.

ARTICULO 43. Resultados de la validación. La validación de la información registrada por la entidad recobrante podrá generar los siguientes resultados:

1. El ingreso del recobro/cobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información supera todas las validaciones, generando automáticamente los formatos de solicitud de recobro los cuales contendrán los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (solicitudes del profesional de la salud y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada, los cuales deberán ser suscritos por el representante legal y el

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 38 de 40	

revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda.

2. El ingreso del recobro/cobro a la etapa de radicación con alertas: Se presenta cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas, las cuales se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los formatos de solicitud de recobro que correspondan.

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


El medicamento que se están recobrando, efectivamente se encontraba 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 «019_Sanitas_050500_87_Reporte», por lo tanto, se les aplico de manera correcta las respectivas glosas y no procede su pago.

2. Análisis de ítems que no tiene glosa.

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

ARTÍCULO 3o. PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD. *Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, las entidades recobrantes y reclamantes o las personas naturales, presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y anexos técnicos MYT y MYT-R de que trata el artículo 52 de la Resolución 5395 de 2013, para el caso de recobros; y en los formatos y anexos técnicos previstos en la Resolución 1915 de 2008 o la norma que la modifique o sustituya, para el caso de las reclamaciones. Los formatos y anexos técnicos se deberán acompañar de los soportes documentales que permitan acreditar los elementos esenciales de la obligación para el reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones radicados.*

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 39 de 40	

realizadas en virtud de los mecanismos excepcionales habilitados legalmente.

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 **36** 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 «019_Sanitas_050500_87_Reporte».

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

En este grupo, se encuentran **7** ítems en los cuales se encuentran medicamentos que efectivamente no están incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud y que la glosa aplicada no se encuentra debidamente justificada, por lo tanto cumplen con los requisitos de procedimiento de recobros.


Tabla No. 3
Ítems que no les aplica la glosa.

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
1	124598274	9	4/06/2016	ZERODOL	Resolución 1328 de 2016
2	124598274	11	6/07/2016	ZERODOL	Resolución 1328 de 2016
3	124598274	13	5/08/2016	ZERODOL	Resolución 1328 de 2016
4	126047144	2	4/11/2016	QUETIAPINA 100 MG TABLETAS CUBIERTAS	Resolución 3951 de 2016
5	124598274	15	7/09/2016	ZERODOL	Resolución 3951 de 2016
6	124598274	4	5/04/2016	ZERODOL	Resolución 5395 de 2013
7	124598274	7	6/05/2016	ZERODOL	Resolución 5395 de 2013

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/019_Sanitas_050500_87_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

5. Análisis de los ítems que se encuentran aprobados.

Respecto a los **88** 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 40 de 40	

la columna **Q** de justificación del archivo «019_Sanitas_050500_87_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 **7** ítems en los que manifestó no tener imagen, según lo indicado en la columna **M** del archivo Hoja de cálculo Excel denominada «39AnexoDictamenAgs2024_325-0240Dpvf2019Base025»
- Se determinaron **43** ítems, en los que no se pudo emitir un concepto técnico por ausencia de las imágenes o de glosa, por lo tanto, en la columna de concepto se dejó "*Sin Concepto*".
- Se determinaron **57** 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 **88** ítems se encuentran aprobados en paquetes de Glosa transversal y Acuerdos de punto final.
- Se indicó que **7** 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 **11001310502120190050500**; para mayor comprensión se adjunta archivo Excel denominado "019_Sanitas_050500_87_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 «019_Sanitas_050500_87_Reporte».
Elaboró Informe:	Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista.
Elaboró Excel adjunto:	Jesús Eduardo Arrieta Negrete – Contratista. Julián Andrés De Antonio Torres – Contratista. Yolima Ramírez Cubides – Contratista. Yurany Constanza Jiménez Barreto – Contratista.
Revisó y aprobó:	Brian Javier Rodríguez Núñez– Contratista.