

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 1 de 56	

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

Proceso: Ordinario Laboral No. **11001310502920190015800**

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 12 de mayo de 2026, a través del cual solicitó la colaboración en la contradicción del dictamen pericial aportado dentro del proceso ordinario Laboral No. **11001310502920190015800** 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. **11001310502920190015800**, 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 al 2018**.

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 56	

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 56	

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 56	

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 56	

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 **392** ítems objeto del dictamen, indicó que **82** no cuentan con las respectivas imágenes; conceptuó como No POS los **391** ítems y uno como incluido en el **POS**; el equipo de Conceptos Técnicos encontró **392** ítems con carpeta y posibles imágenes disponibles para pronunciarse, de los cuales **90** ítems en los

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 6 de 56	

cuales no hay soportes del recobro o no se encontró la imagen que hace referencia al soporte principal sobre el que recaía la glosa o las glosas, 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 **AGS2025.325. 0402.DPVF. 2018 BASE 237**, 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 **392** ítems inmersos en **315** 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 5395	2013	Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 7 de 56	

Norma	Año	Aplicación
Resolución 458	2013	Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.
Resolución 548	2010	Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos, se establece el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– y se dictan otras disposiciones aplicables durante el período de transición de que trata el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010.
Resolución 5592	2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 6408	2016	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Decreto ley 019	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. **11001310502920190015800**, que cursa en el Juzgado 29 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 **392** ítems inmersos en **315** recobros que EPS SANITAS presentó como consecuencia de la prestación de servicios ocurridos entre el 30 de junio de 2010 al 5 de septiembre de 2017, y que fueron radicados por primera vez, entre el 13 de mayo de 2011 al 20 de marzo de 2018, con el

fin de obtener su reconocimiento y pago, dichos recobros fueron objeto de glosa o causal de no pago total o parcial por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

2. Dentro del dictamen se informa el resultado y unas conclusiones por parte del perito, en donde se refieren a **274** ítems, pero no al número total de **392**, que fueron revisados por parte del perito, tal como lo indica en la página **79** 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 ÍTEMS	VALOR	CALIFICACION PERICIAL
2018_base_237 MEDICAMENTOS NO POS Desde la vigencia del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, hasta la vigencia de la Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social Tecnologías entregadas por la EPS SANITAS en el periodo comprendido entre DESDE 30/062010 HASTA 05/09/2017- CON IMÁGENES (Numeral 6.1 del Dictamen)	274	\$45.677.669.60	NO POS con imágenes
2018_base_237 MEDICAMENTOS NO POS Desde la vigencia del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, hasta la vigencia de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Tecnologías entregadas por la EPS SANITAS EPS en el periodo comprendido entre el DESDE 30/062010 HASTA 05/09/2017- SIN IMÁGENES (Numeral 6.2 del Dictamen)	64	\$11.661.643.00	NO POS sin imágenes
TOTAL	274	\$45.667.669.60	NO POS

Fuente: Dictamen Pericial AGS2025.325. 0402.DPVF. 2018 BASE 237

Imagen No. 2

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

BASE	CONCEPTO	FECHAS	No. DE RECIBOS	No. DE ITEMS	NO PBS CON IMÁGENES,		NO PBS SIN IMÁGENES		PBS		AUTGADO
					ITEMS	VALOR	ITEMS	VALOR	ITEMS	VALOR	
2018 BASE 237	MEDICAMENTOS	DESDE 30/06/2010 HASTA 05/09/2017	392	315	274	\$ 45.677.669,60	64	\$ 11.661.643,00	1	\$ 87.060,00	AUTGADO: Juzgado 29 Lab del Circuito de Bogotá PROCESO: 110011302929200015800 COD: RODES OTE: SANITAS EPS
CLASIFICACION DE GLOSA											
TIPO											
COMBINADA											
UNICA											
TOTAL											
GLOSA JUSTIFICADA EXTEMPORANEA											
COD. GLOSA											
No. ITEMS											
VALOR											
OBSERVACION											
3001											
1											
\$ 130.045,00											
NO PBS CON IMAGEN											
TOTAL											
1											
\$ 130.045,00											
GLOSA JUSTIFICADA NO PBS CON IMAGEN											
COD. GLOSA											
No. ITEMS											
VALOR											
OBSERVACION											
3001											
7											
\$ 904.045,00											
BOLSA											
3004											
6											
\$ 4.461.330,00											
LABORAL											
TOTAL											
13											
\$ 5.365.375,00											
GLOSA SIN MANIFESTACION NO PBS CON IMAGEN											
COD. GLOSA											
No. ITEMS											
VALOR											
OBSERVACION											
3002											
17											
\$ 2.180.760,00											
BOXER											
3005											
10											
\$ 1.500.483,00											
DOBLE CORRO											
3009											
10											
\$ 1.460.460,00											
DOBLE CORRO											
2002											
1											
\$ 533.910,00											
A. CONCURRENTES											
1-04											
1											
\$ 295.218,00											
HAY ANTERIOR											
TOTAL											
39											
\$ 5.470.833,00											

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 9 de 56	

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

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

1. En el numeral 3 «METODO, HERRAMIENTAS, EXÁMENES Y ELEMENTOS UTILIZADOS» literal (ii) del dictamen página **72**, 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 penúltimo párrafo de la página **80** 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 7.1) 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 debería pronunciarse sobre recobros en los cuales no cuenta con las imágenes, así mismo, 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 30 de junio de 2010 al 5 de septiembre de 2017**, estas debían ser tramitadas mediante un único procedimiento, cuyo contenido previó los requisitos generales y específicos, así como causales de devolución, rechazo y aprobación condicionada, las normas que regían dicho procedimiento cuando se originaron las prestaciones, fueron las **resoluciones 548 de 2010, 458 de 2013, 5395 de 2013, 1328 de 2016 y 3951 de 2016**.

2. En la página **8**, 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 10 de 56	

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 **73**, cuando el perito se refiere al método empleado para la elaboración del dictamen y señala:

Método inductivo: En el desarrollo de este método, se realizaron las siguientes actividades: (i). Observación de los documentos y base de datos aportados por la entidad; (ii) Clasificación y estudio de las tecnologías en salud, según los registros entregados en: medicamentos, procedimientos, insumos, y otros servicios en salud; y, (iii). Contratación 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 **(315)** 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 **74**, 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 **76**, 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 11 de 56	

está dispuesto para su reconocimiento o negación.

5. En la página **80**, el perito menciona (...) *otra tabla donde se mencionan aquellos recobros que no cuentan con imágenes pero, que su revisión contra la normatividad vigente permite inferir que no están incluidos en el POS(...)*. Se considera que, en un dictamen pericial, el perito no debe permitirse inferir o sacar conclusiones respecto a los recobros que no pueda ver, pues su dictamen debe rendirse únicamente sobre los documentos que constate, estos son, los soportes de cada recobro e ítem pretendido. Por lo tanto, tales manifestaciones, denotan la parcialidad del Perito en favor de EPS SANITAS.

Es necesario recalcar que el perito manifiesta que no contó con las imágenes, como se observa en el archivo Excel « Dictamen Pericial AGS2025.325.0402.DPVF. 2018 BASE 237» que hace parte del dictamen pericial «AGS2025.325. 0402.DPVF. 2018 BASE 237», y dentro de esta, en la columna **P**, donde indicó que hay **81 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 «030_SanitasEPS_15800_16_Reporte», y para mayor comprensión de la Oficina Asesora Jurídica, se determinó que los ítems objeto del debate son (**392**), respecto de los cuales el perito señaló como NO PBS **391**, en consecuencia, los ítems que se analizaron se agruparán de la siguiente forma; ítems aprobados (**93**); ítems que se encuentran cubiertos por el POS/PBS (**19**); medicamentos que no cumplen con los criterios de procedimiento de recobros para poder proceder a su reconocimiento (**111**), recobros que cumplen los requisitos de procedimiento de recobros (**79**), sin concepto por ausencia de imagen (**82**), sin concepto por ausencia de fallo (**8**).

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 56	

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	53672447	4	30/12/2011	SEROQUEL ® XR 50 MG	Resolución 548 de 2010
2	49709174	1	23/03/2011	SEROXAT CR 25 MG	Resolución 548 de 2010
3	54104507	1	14/03/2012	SEVORANE	Resolución 548 de 2010
4	54112457	1	28/05/2012	SEVORANE	Resolución 548 de 2010
5	53860433	1	9/11/2012	SEVORANE	Resolución 548 de 2010
6	133776903	2	26/11/2016	SEROQUEL® 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 5395 de 2013
7	128701182	2	13/01/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 5395 de 2013
8	128054294	1	2/09/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 5395 de 2013
9	127530399	2	3/10/2016	SILDENAFIL 50 MG TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
10	124561718	1	30/09/2016	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG.	Resolución 5395 de 2013
11	127991319	2	20/03/2015	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
12	128167197	1	21/10/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
13	114751629	1	12/06/2015	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
14	124593334	1	29/09/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
15	133244483	1	23/11/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
16	128054412	1	25/08/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
17	133776848	3	21/10/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
18	133776882	4	18/11/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
19	127763403	3	27/04/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
20	127763403	4	27/04/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
21	127763420	2	6/04/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
22	111195320	2	5/06/2015	SINGULAIR 10 MG	Resolución 5395 de 2013

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
23	106646275	3	11/08/2014	SINGULAIR 10 MG	Resolución 5395 de 2013
24	134665414	2	8/09/2016	SINGULAIR 4 MG TABLETAS MASTICABLES	Resolución 5395 de 2013
25	127188065	2	16/10/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
26	127188065	3	9/11/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
27	124598129	2	1/10/2015	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
28	104227196	2	27/08/2013	SILDENAFIL 50MG TABLETAS RECUBIERTAS	Resolución 458 de 2013
29	100090265	1	28/06/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
30	100155398	1	26/11/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
31	100155949	1	26/11/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
32	100177599	1	2/12/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
33	100179323	1	6/12/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
34	100179826	1	6/12/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
35	100181027	1	9/12/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
36	100253228	1	9/12/2013	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 458 de 2013
37	133245430	4	28/04/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 3951 de 2016
38	129160668	4	28/03/2017	SEROQUEL® 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 3951 de 2016
39	133207735	2	29/04/2017	SEROQUEL® 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 3951 de 2016
40	129951839	2	28/04/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
41	129951839	4	29/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
42	129952137	1	13/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
43	129952137	3	7/04/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
44	129952137	7	8/05/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
45	129953385	1	17/02/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
46	129953385	4	16/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
47	129953385	5	21/04/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
48	129162004	2	21/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
49	129956165	2	27/04/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
50	133208973	2	23/05/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
51	129148315	3	23/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
52	129151041	1	29/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
53	129943828	1	26/04/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
54	129943847	1	28/04/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
55	130178756	1	26/01/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
56	130190765	1	3/02/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
57	130190765	2	1/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
58	130190765	3	24/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
59	133776605	1	5/07/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016
60	129942276	1	9/05/2017	SILDENAFIL 100 MG	Resolución 3951 de 2016
61	130267699	9	28/03/2017	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG.	Resolución 3951 de 2016
62	129953310	4	27/02/2017	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG.	Resolución 3951 de 2016
63	129953310	8	13/03/2017	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG.	Resolución 3951 de 2016
64	134665095	3	5/09/2017	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG.	Resolución 3951 de 2016
65	134665102	3	14/08/2017	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG.	Resolución 3951 de 2016
66	128347595	1	16/02/2017	SILK MEDIC	Resolución 3951 de 2016
67	128673277	4	3/03/2017	SILK MEDIC	Resolución 3951 de 2016
68	134662016	1	23/03/2017	SINALGEN 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
69	134662179	1	19/04/2017	SINALGEN 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
70	134662571	1	18/05/2017	SINALGEN 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
71	134662931	1	22/06/2017	SINALGEN 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
72	129210327	5	22/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
73	129210327	6	23/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
74	130183209	12	2/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
75	130185781	10	11/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
76	130267369	12	24/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
77	128585412	5	7/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
78	128585412	8	7/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
79	129954021	3	10/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
80	129239901	2	6/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
81	129239901	3	6/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
82	129956715	1	28/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
83	129956715	3	26/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
84	129146981	1	10/12/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
85	129165511	2	7/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
86	129165511	4	9/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
87	129939474	1	10/01/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
88	129941881	1	4/05/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
89	129947913	17	20/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
90	129950464	1	11/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
91	129950464	3	9/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
92	129951314	1	16/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
93	129951314	4	21/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
94	130178955	1	2/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
95	133195045	1	10/05/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
96	133195118	1	28/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
97	133196109	1	28/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
98	133208974	8	1/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
99	133208602	2	5/05/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
100	130182291	6	6/03/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que incumple
101	129148905	2	8/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
102	130184053	6	6/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
103	133214040	2	30/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
104	133926276	5	4/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
105	134665095	1	5/09/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
106	134665102	1	14/08/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
107	134665523	1	4/01/2017	SINGULAIR 4 MG TABLETAS MASTICABLES	Resolución 3951 de 2016
108	130267735	7	3/03/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
109	133217214	2	12/04/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
110	129147245	1	7/01/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
111	133199755	5	21/03/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/ 030_SanitasEPS_15800_16_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

En relación con los **111** ítems involucrados en este numeral, la fecha de prestación de los servicios objeto del presente caso, ocurrieron entre el 23 de marzo de 2011 al 5 de septiembre de 2017, por lo cual les aplica y deben cumplir los requisitos mínimos en las siguientes normas de procedimiento de recobros; resolución 458 de 2013, 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 548 de 2010

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

(...)

5. Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 17 de 56	

prestación de salud, así:

- i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado, como constancia de recibido por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación.
- ii) En atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.
- iii) En atención de urgencias con observación, servicios que incluyan hospitalización o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epícrisis.

(...)

Artículo 11. *Requisitos especiales de la radicación de recobros originados en fallos de tutela.* Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el Fosyga derivada de un fallo de tutela, deberá presentarse ante el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, diligenciando el formulario establecido para su procedimiento.

A la solicitud diligenciada en el formato "FORMULARIO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

- a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA" numerado consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad.
- b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la copia del fallo.
- c) En el evento de que se trate de fallos que ordenen atenciones integrales, deberá acompañarse de justificación médica de los diferentes componentes que se entregaron al paciente y su relación con la patología o circunstancia que dio lugar al fallo.
- d) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:
 - i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
 - ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
 - iii) Código, descripción, valor unitario y total.
 - iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 18 de 56	

aquellas que correspondan a prestaciones.

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

En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando las cantidades suministradas, el valor por recobrar y a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación.

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

f) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:

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

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

iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epícrisis.

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

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

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

Artículo 12. Término para radicar las solicitudes de recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento de lo señalado por el Decreto Legislativo 128 de 2010, respecto de las prestaciones de servicios ocurridas con posterioridad a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo ya mencionado, deberán tramitar y presentar en debida forma,

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 19 de 56	

las solicitudes de recobro ante el Fosyga autorizados por el Comité Técnico-Científico u ordenados mediante fallo de tutela, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de ocurrencia del evento o nacimiento de la obligación, según corresponda.

Para efectos de los recobros por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico u ordenados mediante fallo de tutela, se tendrá en cuenta la fecha del suministro efectivo del medicamento, servicio médico o prestación de salud o la fecha de radicación de la factura por parte del proveedor del servicio, medicamento o prestación de salud, o la fecha del fallo de tutela, para el caso de recobros ordenados por decisiones judiciales. En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010, se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

Parágrafo. Las prestaciones de servicios cuya ocurrencia sea anterior a la fecha de entrada en vigencia del Decreto Legislativo 128 de 2010, contarán con el plazo previsto en las normas anteriores para ello.

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:

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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 20 de 56	

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 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:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 21 de 56	

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:

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 Unico 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 22 de 56	

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.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 23 de 56	

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

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

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

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

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Versión	1
	INFORME TÉCNICO	Página 24 de 56	

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

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

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

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

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

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

Artículo 20. Validación de la información registrada. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, validará

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 25 de 56	

la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

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

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

Artículo 26. Cotejo de información y su resultado. Modificado por el art. 2, Resolución Min. Salud 3435 de 2016. Dentro de los doce (12) días calendario siguiente a la radicación de las solicitudes de recobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 26 de 56	

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

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

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

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).

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 27 de 56	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 28 de 56	

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

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

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

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

Parágrafo 1. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Parágrafo 2. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, el FOSYGA reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 29 de 56	

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.

Decreto 1072 de 2015

ARTÍCULO 2.2.4.4.3. Reembolso por prestaciones asistenciales. Las entidades administradoras de riesgos laborales deben reembolsar los costos de la atención médico asistencial que hayan recibido sus afiliados, con ocasión de un accidente de trabajo, una enfermedad laboral, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios, con independencia de la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidarán una comisión del diez por ciento (10%) a favor de la entidad promotora de salud, salvo pacto en contrario.

La entidad promotora de salud, dentro del plazo fijado en los respectivos convenios, o en su defecto dentro del mes siguiente, deberá presentar la solicitud de reembolso respectiva, mediante el diligenciamiento de los formularios previstos o autorizados para efecto por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las empresas promotoras de salud deberán incluir en la respectiva historia clínica los diagnósticos y tratamientos relativos a los riesgos laborales.

PARÁGRAFO . Lo anterior sin perjuicio de que las Entidades Promotoras de Salud y las entidades administradoras de riesgos laborales convengan el reembolso en virtud de cuentas globales elaboradas con base en estimativos técnicos. En este caso no se requerirá diligencia el formulario establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Decreto 1771 de 1994, art. [3](#); modificado por el Decreto [455](#) de 1999)

Resolución 1328 de 2016

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 30 de 56	

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:

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 31 de 56	

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 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 32 de 56	

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.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 33 de 56	

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 trata el artículo [30](#) 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.

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 34 de 56	

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 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 35 de 56	

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:

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 epícrisis 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 36 de 56	

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, 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 37 de 56	

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 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 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 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:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 38 de 56	

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 39 de 56	

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

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 40 de 56	

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

Resolución 458 de 2013

Artículo 4°. Requisitos específicos para los recobros originados en acta de Comité Técnico-Científico (CTC). Los requisitos específicos para los recobros originados en actas de Comité Técnico-Científico (CTC), donde se determine y concluya la autorización respectiva de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), son:

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

1.1 Fecha de elaboración y número de acta.

1.2 Datos de identificación del usuario.

1.3 Diagnóstico y descripción en 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.

1.5 De las tecnologías en salud No POS:

1.5.1 Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/ día y cantidad autorizada.

1.5.2 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 41 de 56	

1.5.3 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

1.5.4 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

1.5.5 De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS. Si estos no están incluidos deberá indicarse el código interno del proveedor.

1.5.6 De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

1.6 La 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 de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado.

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

1.8 En el caso de que no existan en el Plan Obligatorio de Salud (POS), los servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS, autorizados por el Comité Técnico- Científico (CTC), debe quedar manifiesta esta situación en el acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

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

1.10 La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 42 de 56	

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

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

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

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): resumen de atención o epicrisis.

Parágrafo. Las actas que se generen de las reuniones del Comité Técnico-Científico (CTC), deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el momento en que estas las requieran.

Artículo 5°. Requisitos específicos para los recobros originados en fallos de tutela. A los recobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos generales, se deberán anexar para el proceso de verificación, los siguientes documentos:

1. Fallo de tutela, el cual deberá presentarse en copia íntegra, legible, con el número del proceso, el nombre de la autoridad judicial, conforme a la base de datos del Consejo Superior de la Judicatura, nombre, tipo y número de identificación del usuario.

2. Para solicitudes de recobro consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo.

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 43 de 56	

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria), resumen de atención o epicrisis.

4. Copia de la orden y/o fórmula médica vigente, de conformidad con el servicio efectivamente prestado:

4.1 Para el caso de medicamentos se deberá adjuntar la fórmula médica cuya prescripción debe presentarse de conformidad con los requisitos establecidos en los artículos [16](#) y [17](#) del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4.2 Para el caso de procedimientos se deberá adjuntar la orden médica la cual debe contener, nombre, tipo e identificación del usuario, frecuencia y cantidad.

4.3 Para el caso de insumos se deberá adjuntar la orden médica donde se especifique a qué procedimiento corresponde el insumo a solicitar, descripción detallada del mismo y cantidad requerida.

5. Justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente, junto con el tipo de objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), debidamente firmada por un médico de la entidad recobrante, con su respectivo registro, en el formato que para tal fin se establezca.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 44 de 56	

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 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,

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 45 de 56	

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 recobrada.

Si el medicamento recobrado 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 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:

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 46 de 56	

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, 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).

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 47 de 56	

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 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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 48 de 56	

«030_SanitasEPS_15800_16_Reporte», por lo tanto, se les aplico de manera correcta las respectivas glosas y no procede su pago.

2. Análisis de ítems sin concepto técnico por ausencia de imagen o de fallo dentro del expediente judicial dispuesto por la OAJ.

Como se ha indicado anteriormente en este informe, hay **90** 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 «030_SanitasEPS_15800_16_Reporte».

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

En este grupo, se encuentran **79** 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	54103176	1	14/02/2012	QUETIAPINA 25 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 548 de 2010
2	55728678	1	22/11/2012	SEVOFLURANO	Resolución 548 de 2010
3	55728844	1	15/12/2012	SEVORANE	Resolución 548 de 2010
4	133202523	4	5/09/2016	SEROQUEL ® XR 50 MG	Resolución 5395 de 2013
5	126375569	2	5/08/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
6	126581519	2	1/08/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
7	126581520	2	27/08/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
8	126581528	2	19/09/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
9	128560169	4	13/10/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
10	126158366	1	21/07/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
11	126583098	1	22/07/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 5395 de 2013
12	129939071	2	6/07/2016	SILDENAFIL 50 MG	Resolución 5395 de 2013
13	129939074	1	14/07/2016	SILDENAFIL 50 MG	Resolución 5395 de 2013

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
14	126062270	1	18/11/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
15	126062270	2	18/11/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
16	114751302	2	25/05/2015	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
17	124598959	1	19/02/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
18	124598959	3	19/03/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
19	124598959	5	19/04/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
20	124599545	1	21/09/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
21	124599545	2	21/09/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
22	129939283	1	27/08/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
23	129939429	1	11/10/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
24	130251155	2	24/10/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 5395 de 2013
25	129153681	4	29/09/2016	SINGULAIR 10 MG	Resolución 5395 de 2013
26	124597978	1	13/10/2015	SINGULAIR 10 MG	Resolución 5395 de 2013
27	124597978	3	10/11/2015	SINGULAIR 10 MG	Resolución 5395 de 2013
28	126353529	1	8/09/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
29	129945496	1	21/10/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
30	129945496	2	21/10/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
31	129945496	3	31/08/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
32	129146012	1	18/06/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
33	129146136	1	30/07/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
34	106421917	1	16/10/2014	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 5395 de 2013
35	125984333	1	1/10/2016	SINGULAIR® 4 MG TABLETAS MASTICABLES	Resolución 5395 de 2013
36	123550170	6	1/05/2016	SIRDALUD	Resolución 5395 de 2013
37	133245430	3	12/06/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 3951 de 2016
38	129150491	1	29/03/2017	SEROXAT® 20 MG TABLETAS.	Resolución 3951 de 2016
39	128560169	1	17/02/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTÁLMICO	Resolución 3951 de 2016

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
40	128560169	6	17/12/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
41	129208859	3	6/01/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
42	129208859	4	5/12/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
43	129957710	2	23/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
44	129957710	6	23/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
45	130186136	2	11/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
46	133242050	3	6/12/2016	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
47	129151218	1	27/03/2017	SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO	Resolución 3951 de 2016
48	129962822	4	9/03/2017	SILDENAFIL 50 MG	Resolución 3951 de 2016
49	128565808	1	18/01/2017	SIMPONI® SOLUCIÓN INYECTABLE 50MG	Resolución 3951 de 2016
50	130267286	16	22/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
51	126062270	4	1/12/2016	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
52	129951965	4	23/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
53	130185075	6	24/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
54	130185075	9	17/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
55	129157622	2	30/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
56	129148629	2	8/03/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
57	129941880	1	4/05/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
58	133225415	3	15/05/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
59	133923693	5	23/04/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
60	134263635	1	3/02/2017	SINALGEN® 5/325 TABLETAS	Resolución 3951 de 2016
61	127190095	1	23/12/2016	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
62	130185053	2	3/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
63	130185053	7	3/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
64	130267105	3	21/04/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
65	129965575	3	4/01/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 51 de 56	

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma que cumple
66	128585685	1	2/03/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
67	128585685	4	31/01/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
68	129146921	1	9/12/2016	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
69	129147662	1	16/02/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
70	133200283	4	27/05/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
71	133218019	1	21/05/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
72	133225374	3	9/05/2017	SINGULAIR 10 MG	Resolución 3951 de 2016
73	129153681	2	26/01/2017	SINGULAIR 5 MG	Resolución 3951 de 2016
74	129153681	3	14/02/2017	SINGULAIR 5 MG	Resolución 3951 de 2016
75	130267735	3	30/03/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
76	129153971	2	24/03/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
77	129154086	2	8/02/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
78	130182028	2	21/04/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016
79	133199843	1	19/05/2017	SINGULAIR® 4 MG GRANULADO	Resolución 3951 de 2016

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/030_SanitasEPS_15800_16_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

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

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

Tabla No. 3
Ítems incluidos en el POS/PBS

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma PBS que cubre
1	130177397	1	18/10/2016	SEROQUEL® 300 MG.	Resolución 5592 de 2015
2	133778490	1	23/11/2016	SEROQUEL® 300 MG.	Resolución 5592 de 2015
3	133778507	1	14/12/2016	SEROQUEL® 300 MG.	Resolución 5592 de 2015
4	133226700	2	11/04/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 6408 de 2016
5	133916365	3	3/06/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 6408 de 2016

Cantidad	Radicado	Ítem	Fecha de Prestación del Servicio	Tecnología	Norma PBS que cubre
6	133916365	5	1/07/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 6408 de 2016
7	134222630	2	27/07/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 6408 de 2016
8	134231200	2	10/08/2017	SEROQUEL® XR 50 MG	Resolución 6408 de 2016
9	129940411	1	8/02/2017	SEROQUEL® 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 6408 de 2016
10	133195279	1	25/05/2017	SEROQUEL® 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 6408 de 2016
11	133196814	1	9/06/2017	SEROQUEL® 200 MG TABLETA RECUBIERTA	Resolución 6408 de 2016
12	133778635	1	15/02/2017	SEROQUEL® 300 MG.	Resolución 6408 de 2016
13	133779373	1	15/07/2017	SEROQUEL® 300 MG.	Resolución 6408 de 2016
14	128617715	1	23/02/2017	SEROXAT® CR 25 MG	Resolución 6408 de 2016
15	129151067	1	31/03/2017	SEROXAT® CR 25 MG	Resolución 6408 de 2016
16	134229236	1	14/08/2017	SEROXAT® CR 25 MG	Resolución 6408 de 2016
17	134248873	1	2/08/2017	SEROXAT® CR 25 MG	Resolución 6408 de 2016
18	134243200	1	3/08/2017	SERTREX 800 MG	Resolución 6408 de 2016
19	134231597	1	9/08/2017	SIMPONI® SOLUCIÓN INYECTABLE 50MG	Resolución 6408 de 2016

Fuente: Sistema de Información de Recobro de la ADRES/030_SanitasEPS_15800_16_Reporte (INFORME CONSOLIDADO)

Los anteriores medicamentos se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS o PBS para la fecha de prestación del servicio, según la resolución 5592 de 2015 y 6408 de 2016; las razones del porque están incluidas en las anteriores normas, se encuentran descritas en la columna Q “justificación” del archivo «030_SanitasEPS_15800_16_Reporte», por ende, no pueden ser recobradas porque las mismas ya se encuentran cubiertas dentro de la Unidad de pago por capitación, la cual se gira mensualmente a las EPS, así mismo, es importante indicar que una de las funciones más importantes de la ADRES, es proteger los recursos del SGSSS, tal como lo indica el artículo 3 del Decreto 1429 de 2016.

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

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 53 de 56	

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

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 39. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el anexo 1 hacen parte del Plan de Beneficios con cargo a la UPC y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan de Beneficios

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 54 de 56	

en Salud con cargo a la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos en el listado de medicamentos del anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, de igual forma se consideran cubiertos por este Plan de Beneficios siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen. Si el estereoisómero hace parte de un grupo de cobertura, el valor máximo de reconocimiento será el establecido para el principio activo del cual se extrae.

PARÁGRAFO 2. Entiéndase por Valor Máximo de Reconocimiento el descrito en el numeral 40 del artículo 8 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 3. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

ARTÍCULO 54. SERVICIOS FARMACÉUTICOS. Las EPS o las entidades que hagan veces son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se realice competente en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad para tal fin.

Resolución 6408 de 2016

ARTÍCULO 38. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 1, al igual que otros que también se consideren con cargo a la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 134 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las Entidades Promotoras de Salud -EPS o las entidades que hagan sus veces. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo se presenta en el artículo 42 del presente acto administrativo la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta en las coberturas definidas en el listado de

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 55 de 56	

medicamentos incluidos y cubiertos por la UPC, a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral de la presente resolución.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo se consideran cubiertos con la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo. En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran cubiertos por la UPC siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen. Si el estereoisómero hace parte de un subgrupo de referencia cubierto, el valor máximo de reconocimiento para cálculo en la prima será el establecido para el principio activo del cual se extrae.

PARÁGRAFO 2. Entiéndase por Valor Máximo de Reconocimiento para cálculo de la prima por subgrupo el descrito en el numeral 40 del artículo 8 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 3. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado de medicamentos con cargo a la UPC, de que trata el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

5. Análisis de los ítems que se encuentran aprobados.

Respecto a los **93** ítems que se encuentran en este punto, se tiene que los mismos se encuentran en estado aprobado en acuerdo de punto final o reingreso por glosa transversal, por lo tanto, no serán objeto de análisis por no ser necesario, el paquete y el valor por medio del cual fue pagado, se encuentran en la columna **Q** de justificación del archivo «030_SanitasEPS_15800_16_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 **81** ítems en los que manifestó no tener imagen, según lo indicado en la columna **P** del archivo Hoja de cálculo Excel denominada «Dictamen Pericial AGS2025.325.0402.DPVF. 2018 BASE 237 »
- Se determinaron **90** ítems, en los que no se pudo emitir un concepto técnico por

	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		Versión	1
	INFORME TÉCNICO		Página 56 de 56	

ausencia de las imágenes o de fallo, por lo tanto, en la columna de concepto se dejó "Sin Concepto".

- Se determinaron **129** 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 **93** ítems se encuentran aprobados en paquetes de Glosa transversal y Acuerdos de punto final.
- Se indicó que **79** ítems no les aplica la glosa impuesta, por cuanto estos cumplen con los requisitos normativos del procedimiento de recobros.
- El perito indicó que, de los 392 ítems, 1 solo ítem, se encuentra incluido en el PBS.

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 **11001310502920190015800**; para mayor comprensión se adjunta archivo Excel denominado "030_SanitasEPS_15800_16_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 «030_SanitasEPS_15800_16_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.