

RESOLUCIÓN 1328 DE 2016

(abril 15)

Diario Oficial No. 49.845 de 15 de abril de 2016

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

<NOTA DE VIGENCIA: Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia>

Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

El artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016 fue modificado artículo 3 de la Resolución 5884 de 2016 -por la cual se modifican los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016', publicada en el Diario Oficial No. 50.073 de 30 de noviembre de 2016- eliminando la derogatoria expresa de esta resolución.

¿Puede una resolución revivirse se esta manera? En criterio del editor este solo acto por si solo no revive la resolución teniendo en cuenta la obligación de publicidad contenida en los artículos [8](#), num. 8 y [65](#) de la Ley 1437 de 2011.

'ARTÍCULO 8o. DEBER DE INFORMACIÓN AL PÚBLICO. Las autoridades deberán mantener a disposición de toda persona información completa y actualizada, en el sitio de atención y en la página electrónica, y suministrarla a través de los medios impresos y electrónicos de que disponga, y por medio telefónico o por correo, sobre los siguientes aspectos:

(...)

8. Los proyectos específicos de regulación y la información en que se fundamenten, con el objeto de recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas. Para el efecto, deberán señalar el plazo dentro del cual se podrán presentar observaciones, de las cuales se dejará registro público. En todo caso la autoridad adoptará autónomamente la decisión que a su juicio sirva mejor el interés general.'

'ARTÍCULO [65](#). DEBER DE PUBLICACIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CARÁCTER GENERAL. Los actos administrativos de carácter general no serán obligatorios mientras no hayan sido publicados en el **Diario Oficial** o en las gacetas territoriales, según el caso. '

- Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 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', publicada

en el Diario Oficial No. 49.983 de 1 de septiembre de 2016.

- Modificada por la Resolución 2158 de 2016, 'por la cual se modifica la Resolución [1328](#) de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria', publicada en el Diario Oficial No. 49.886 de 27 de mayo de 2016.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo [173](#) de la Ley 100 de 1993, parágrafo 4o del artículo [13](#) de la Ley 1122 de 2007, los numerales 30 del artículo 2o y 20 del artículo 6o del Decreto-ley 4107 de 2011 y el literal i) del artículo [5o](#) de la Ley 1751 de 2015.

CONSIDERANDO:

Que la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos para su protección y acceso fueron regulados mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en cuyo artículo [6o](#) se contemplaron los elementos y principios esenciales del citado derecho, del que hace parte según el literal k) el de eficiencia, en virtud del cual “El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población”.

Que la citada ley en su artículo [17](#) garantizó la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes a su cargo, disponiendo que dicha autonomía habrá de ejercerse en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica, y la prohibición de todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la referida autonomía, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que pueda vulnerar la seguridad del paciente.

Que por su parte, el artículo [19](#) de la Ley 1751 de 2015 establece que con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, y que para tal efecto “Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine”.

Que el suministro de información a que refiere el considerando anterior se debe realizar en el marco de lo establecido en las Leyes Estatutarias [1266](#) de 2008 y [1581](#) de 2012, y la Ley [1712](#) de 2014, la información pública debe estar a disposición del público, sin perjuicio del tratamiento de los datos personales que hayan de ser suministrados a terceros, caso en el cual se deberá, de manera previa, informar al titular y solicitar su autorización, exceptuando información requerida por una entidad pública o administrativa en ejercicio de sus funciones legales. En tal sentido, la confidencialidad de ciertos datos registrados en bancos de naturaleza pública, podrán ser suministrados a los operadores que administran dicho banco y a las personas taxativamente citadas en la ley, para fines estadísticos.

Que de conformidad con lo establecido en el artículo [122](#) del Decreto-ley 019 de 2012, sin perjuicio de los mecanismos alternativos de solución de conflictos establecidos en la ley, cuando

se presenten divergencias recurrentes por las glosas aplicadas en la auditoría efectuada a los recobros ante el Fosyga, por cualquier causa, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos o procedimientos orientados a su solución, siempre y cuando no haya transcurrido el plazo de caducidad establecido para la acción de reparación directa en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Que el mecanismo de saneamiento de cuentas por recobro cuando se presenten divergencias recurrentes fue reglamentado mediante el Decreto 1865 de 2012, en el cual se estableció el trámite para la solución de las mismas, indicando que la entidad recobrante presentará la solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, esgrimiendo los criterios objetivos que sustentan la divergencia recurrente, quien evaluará y decidirá sobre lo solicitado.

Que para la adopción de criterios y lineamientos para el reconocimiento o no de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se creó mediante la Resolución 5395 de 2013, un comité interdisciplinario encargado de asesorar a esta Cartera Ministerial en tales definiciones y se unificó el procedimiento de recobros que deben seguir las entidades recobrantes para presentarlos cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), indicando requisitos, fechas y condiciones para su presentación, así como el procedimiento que debe seguir la Administración para la verificación de las mismas y los plazos con que cuenta para el pago, cuando a ello hubiere lugar.

Que la honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 ordenó adoptar las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, cuando estas sean ordenadas por el médico tratante; y en el Auto de Seguimiento 071 de 2016 ordenó rediseñar de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

Que a partir de las consideraciones jurídicas antes expuestas, en aras de propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos, se hace necesario establecer el procedimiento para reportar la prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y optimizar el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar los recobros cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, establecido en la Resolución 5395 de 2013.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I.

ASPECTOS GENERALES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de

Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC); fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento.



ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a todos los prestadores de servicios de salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), que suministren a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y que deban recobrarlos al Fosyga o a quien haga sus veces.

PARÁGRAFO. El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC podrá ser adoptado por las entidades territoriales, evento en el cual este Ministerio brindará la asistencia técnica que se requiera para el efecto.



ARTÍCULO 3o. DEFINICIONES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Para efectos de la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

1. Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Diligenciamiento que realiza el profesional de la salud tratante, de acuerdo con sus competencias, mediante un aplicativo dispuesto por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
2. Recobro. Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela.
3. Cobro. Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.
4. Entidad recobrante. Entidad que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud tratante o mediante un fallo de tutela y que solicita al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, el pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

5. Tecnología en salud. De conformidad con lo establecido en la Resolución 5592 de 2015 o la norma que la modifique, adicione o sustituya, se entiende por tecnología en salud todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

6. Comparador administrativo. Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recobrar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro.

7. Ítems del recobro. Corresponde a cada servicio o tecnología en salud presentada en un mismo recobro para verificación y pago.



ARTÍCULO 4o. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, es responsabilidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. Del profesional de la salud tratante. La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y su reporte, de acuerdo con lo previsto en la presente resolución.

2. De las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Garantizar el suministro de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud tratantes; recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones, así como realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación, así como las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

3. De los prestadores de servicios de salud a que refiere el artículo 2o de la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la modifique, adicione o sustituya, y otros proveedores, para los casos excepcionales. La prestación oportuna de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

4. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), quien este delegue o quien haga sus veces. El procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/ cobro que presenten las entidades recobrantes, cuando a ello hubiere lugar.

5. Del Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sispro. Facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización del aplicativo de reporte de que trata la presente Resolución, así como el análisis de la información resultante del proceso de garantía del suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por la UPC.

PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y GARANTÍA DE SUMINISTRO.

CAPÍTULO I.

REPORTE DE PRESCRIPCIÓN.



ARTÍCULO 5o. REPORTE DE LA PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC será realizada por el profesional de la salud tratante, a través del aplicativo que para tal efecto disponga este Ministerio, el cual operará mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), con diligenciamiento en línea o de acuerdo con los mecanismos tecnológicos disponibles en la correspondiente área geográfica.

La información reportada por el profesional de la salud tratante, será dispuesta a través de mecanismos seguros a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a los Prestadores de Servicios de Salud, al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y de manera agregada, a los organismos de inspección, vigilancia y control que lo requieran.

En los casos en que aplique, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), o a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), serán responsables de adelantar 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, cuando estos sean ordenados mediante fallos de tutela.

PARÁGRAFO 1o. Una vez el profesional de la salud tratante finalice el diligenciamiento de la prescripción en el aplicativo de que trata el presente artículo, se asignará un número de prescripción el cual deberá reportar la entidad recobrante en la presentación del recobro/cobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO 2o. En caso de que el profesional de la salud tratante no cuente con acceso al aplicativo en el momento de la prescripción, lo podrá diligenciar una vez disponga de los mecanismos tecnológicos con que cuente, en un tiempo no mayor a 48 horas. Sin embargo, únicamente se asignará el número de prescripción una vez se realice el reporte en el aplicativo.

PARÁGRAFO 3o. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), serán responsables en el marco de sus obligaciones, de la infraestructura tecnológica necesaria para el reporte de la prescripción a través del aplicativo a que refiere este artículo.

PARÁGRAFO 4o. Una vez generado el número de prescripción, los datos consignados no podrán ser modificados. En caso de requerir una modificación, se emitirá un nuevo número de prescripción asociado al que se modifica. Esta modificación solamente podrá ser realizada por el profesional de la salud tratante que realizó la prescripción inicial, dentro de las 48 horas siguientes a su realización.

PARÁGRAFO 5o. El reporte de la prescripción que realiza el profesional de la salud tratante y,

por tanto, la decisión tomada por este, así como los datos allí consignados, no podrán ser modificados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a compensar (EOC), o Prestadoras de Servicios Salud (IPS), quienes tampoco podrán solicitar soportes adicionales para efectos de la garantía del suministro del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

PARÁGRAFO 6o. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá el acceso a la información a través del aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, garantizando la protección de datos personales de acuerdo con la competencia de las entidades que lo soliciten.



ARTÍCULO 6o. REQUISITOS PARA ACCEDER AL APLICATIVO DE REPORTE DE PRESCRIPCIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El ingreso al aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, estará supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la cual será solicitada ante este Ministerio, por todos los Prestadores de Servicios de Salud autorizados en el país para prescribir, de conformidad con el protocolo que para el efecto expida la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC).

PARÁGRAFO 1o. Tratándose de profesionales independientes de salud que presten sus servicios a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la administración de los usuarios del aplicativo quedará bajo la responsabilidad del Representante Legal de la correspondiente institución.

PARÁGRAFO 2o. El usuario y la clave de acceso al aplicativo para el reporte de la prescripción de servicios o tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es personal e intransferible y tanto la información registrada, como los procesos informáticos realizados en la misma tienen plena validez jurídica.

PARÁGRAFO 3o. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las entidades de inspección, vigilancia y control, las Direcciones Territoriales de Salud y las demás que requieran usuario y clave de acceso al aplicativo deberán solicitarlo directamente a la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC), de este Ministerio.

La asignación del nivel de información a la que tendrán acceso, estará supeditada a las competencias de cada una de tales entidades.



ARTÍCULO 7o. CONSULTA DE LA INFORMACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC REPORTADAS EN EL APLICATIVO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y Prestadores de Servicios de Salud, podrán consultar solamente las prescripciones de sus afiliados o las realizadas por ellos mismos.



ARTÍCULO 8o. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las

entidades que participen en el reporte de las prescripciones o que tengan acceso a la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias [1266](#) de 2008 y [1581](#) de 2012, en la Ley [1712](#) de 2014 y el Decreto [1377](#) de 2013 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, en virtud de las cuales se harán responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y de los datos a los que tengan acceso.



ARTÍCULO 9o. 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. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> 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 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. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El profesional de la salud que prescribe servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión.

2. Comunicar al paciente con claridad, el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así como los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en el numeral 4 del artículo precedente.

3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, el profesional de la salud tratante lo prescribirá de acuerdo a lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005, o la norma que los modifique, adicione o sustituya.

4. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

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 11. RESPONSABILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El profesional de la salud tratante que observando los requisitos y criterios establecidos en los artículos [9o](#) y [10](#) de la presente resolución, realice la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y, consecuentemente, efectúe el respectivo reporte en el aplicativo de que trata este acto administrativo, asumirá de forma directa la responsabilidad de la prescripción efectuada en el marco de su autonomía para el diagnóstico y tratamiento del paciente, autonomía que por disposición expresa del artículo [17](#) de la Ley 1751 de 2015, habrá de ejercerse en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

PARÁGRAFO. Cuando la prescripción de los servicios y tecnologías en salud de que trata el presente acto administrativo se dé por un profesional de la salud que presta sus servicios a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, esta será igualmente responsable de acuerdo con el marco normativo enunciado y por lo tanto, deberá cumplir con lo previsto en las guías de manejo de dicha Institución.



ARTÍCULO 12. PRESCRIPCIONES EXCEPCIONALES DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EXPLÍCITAMENTE EXCLUIDAS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Cuando el profesional de la salud tratante prescriba alguno de los servicios o tecnologías explícitamente excluidas, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización, a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en el siguiente capítulo y atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. La prescripción que realice el profesional de la salud tratante de estos servicios o tecnologías, se hará a través del aplicativo de que trata este acto administrativo.
2. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo.
3. Cuando la prescripción de estos servicios o tecnologías se realice por un profesional de una IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de estos servicios o tecnologías sea realizada por un profesional de una IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales

de la Salud de su red de prestadores.

5. Cuando exista urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de que trata el artículo [3o](#) de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo [54](#) de la mencionada Ley, no se aplicará el procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo, casos en los cuales el profesional de la salud tratante tiene la posibilidad de decidir sobre el servicio o la tecnología a utilizar, previa verificación del cumplimiento de lo establecido en los artículos [9o](#) 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 13. IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN EL APLICATIVO DE REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

<Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> En caso de presentarse circunstancias que imposibiliten el acceso al aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, o que el servicio o tecnología a prescribir no se encuentra disponible en el mismo, el profesional de la salud tratante deberá hacer la solicitud mediante los mecanismos de prescripción disponibles en el lugar, y este, o la Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar que dicha solicitud sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito.

PARÁGRAFO 1o. La entidad responsable del afiliado no se podrá negar a recibir las solicitudes que se generen por la imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y, por lo tanto, deberá suministrarlas dentro de los plazos previstos en esta resolución

PARÁGRAFO 2o. La entidad responsable del afiliado verificará la ausencia del servicio o tecnología en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, e informará al Ministerio de Salud y Protección Social para que este proceda a realizar la actualización correspondiente.

En caso de verificar que el servicio o tecnología prescrito sí se encuentra disponible en el aplicativo, la entidad responsable del afiliado informará de ello al profesional de la salud tratante o a la Institución Prestadora de Servicios de Salud para que procedan con el registro de la prescripción de forma inmediata, sin que ello sea una condición para la prestación del servicio o tecnología.

PARÁGRAFO 3o. En ningún caso la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento del aplicativo o por la prescripción realizada mediante los mecanismos disponibles en el lugar donde esta se realice.

PARÁGRAFO 4o. Este Ministerio dispondrá de una mesa de ayuda específica para los temas

relacionados con el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.



ARTÍCULO 14. OBLIGACIÓN DE REPORTAR EN EL APLICATIVO LAS PRESCRIPCIONES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Cuando por imposibilidad de acceso al aplicativo, de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante mecanismos distintos al reporte en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la entidad responsable del afiliado, una vez reciba la solicitud, deberá proceder a su reporte en dicho aplicativo, en un término no superior a 48 horas.

Cuando la entidad responsable del afiliado sea informada de una solicitud de servicio o tecnología que no se encuentra en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá realizar el reporte mediante un acceso especial dispuesto en dicho aplicativo.

CAPÍTULO II.

JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD.



ARTÍCULO 15. JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Con el fin de aprobar bajo criterios técnico científicos la prescripción excepcional de los servicios o tecnologías explícitamente excluidos del Plan de Beneficios de que trata el artículo [12](#) de la presente Resolución u otras que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la Resolución [2003](#) de 2014 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, podrán integrar una Junta de Profesionales de la Salud.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá enviar los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que determine, a la Junta de Profesionales de la Salud de que trata la presente Resolución para evaluar bajo criterios técnico científicos su pertinencia, de conformidad con los protocolos establecidos por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con dichas Juntas.



ARTÍCULO 16. INTEGRACIÓN DE LAS JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Junta de Profesionales de la Salud estarán conformadas por tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud (Rethus) de su respectiva profesión.

La Junta de Profesionales de la Salud deberá conformarse teniendo en cuenta el tipo de servicio o tecnología prescrita, y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser médico par profesional del prescriptor.

Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Recobrar (EOC), e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), podrá integrar estas juntas, así sean profesionales de la salud.

Los miembros de las Juntas de Profesionales de la Salud se comprometerán a no recibir ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de tecnologías en salud.



ARTÍCULO 17. REUNIONES Y ACTAS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Juntas de Profesionales de la Salud se reunirán cuando prescriba alguno de los servicios o tecnologías en salud de que trata el artículo [12](#) de la presente Resolución o cualquier otro que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, y emitirá su concepto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

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

1. Fecha de elaboración y número de acta.
2. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
3. Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades (CIE 10).
4. Servicio o tecnología prescrita por el profesional de la salud tratante.
5. Si se trata de un servicio o tecnología único o sucesivo.
6. La justificación técnica del uso del servicio o tecnología.
7. La decisión adoptada por la Junta.
8. Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta.



ARTÍCULO 18. COMUNICACIÓN DE LA DECISIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La IPS en la que funcione la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, la comunicará a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito, quien procederá de conformidad con lo señalado en el artículo [12](#) de este acto administrativo.

CAPÍTULO III.

GARANTÍA DEL SUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES POR SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.



ARTÍCULO 19. GARANTÍA DEL SUMINISTRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán consultar el aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para garantizar a los afiliados el suministro efectivo de las que hayan sido prescritas por el profesional de la salud tratante, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción excepcional de servicios explícitamente excluidos del Plan de Beneficios con cargo a la UPC de que trata el artículo [12](#) de la presente resolución.



ARTÍCULO 20. INFORMACIÓN DEL SUMINISTRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán disponer de las condiciones tecnológicas y administrativas necesarias para informar oportunamente a los afiliados a quienes se les haya prescrito servicios o tecnologías en salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la fecha, dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado.

PARÁGRAFO. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud tratante, sin perjuicio de que puedan implementar los controles que eviten la duplicidad en la entrega.



ARTÍCULO 21. TIEMPOS DE SUMINISTRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán suministrar al afiliado el servicio o la tecnología en salud no cubierta con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC teniendo en cuenta los siguientes términos:

1. Ambulatorios. Contará con cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud tratante para prestar al usuario el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en su red de prestadores a fin de garantizar su oportuno suministro. Tratándose de una solicitud ambulatoria priorizada, contará con máximo un (1) día calendario a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud tratante para prestar al usuario el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC en su red de prestadores.

2. Atención con internación y atención de urgencias. Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC requeridos de forma intrahospitalaria por internación del usuario, 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 3o de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley, el profesional de la salud tratante realizará la prescripción conforme a lo dispuesto en esta Resolución, y la entidad responsable del afiliado prestará el servicio solicitado en un tiempo máximo de 24 horas.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá constar en la historia clínica.

PARÁGRAFO. En el caso de medicamentos, procedimientos o insumos que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales, entre otros, deberá garantizarse su suministro en un término prudencial, sin dilaciones, en cumplimiento del principio de oportunidad de que trata el artículo 6o de la Ley 1751 de 2015.

TÍTULO III.

DOCUMENTOS Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO Y COBRO.



ARTÍCULO 22. DOCUMENTOS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECOBROS/COBROS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fosyga o la entidad que haga sus veces, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados tanto de los servicios o tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable.

Los planes de cuotas moderadoras y copagos de los servicios o tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberán actualizarse conforme a lo señalado en la normativa vigente y aplicable, y remitirse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su fijación o modificación anual.



ARTÍCULO 23. DOCUMENTOS PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS/COBRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> 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. Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT) 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 de la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.



ARTÍCULO 24. REQUISITOS ESENCIALES PARA LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por parte del Fosyga, o quien haga sus veces, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho. Consiste en evaluar si para la fecha en que se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC objeto del recobro/ cobro: el usuario (i) se encontraba vivo y (ii) afiliado a la entidad recobrante.
2. La tecnología en salud suministrada no estaba cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. Solo cuando la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de recobro/cobro no se

encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio es objeto de recobro/cobro.

3. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela: Sólo la prescripción por un profesional de la salud o la orden de un juez de tutela configura la necesidad de utilizar un servicio o tecnología no cubierto por el Plan.

4. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario: La generación de un recobro/ cobro nace del efectivo suministro al usuario y por lo tanto, la obligación del pago por lo entregado. Se evalúa su cumplimiento mediante: (i) Soporte que evidencia su entrega, y (ii) Facturación del proveedor del servicio.

5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC corresponde al Fosyga o quien haga sus veces y se presenta por una única vez. Los soportes allegados con el recobro/cobro deben evidenciar que el reconocimiento del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (i) corresponde al Fosyga, o quien haga sus veces y, por lo tanto, su pago se (ii) realiza por una única vez.

6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se realiza al Fosyga o quien haga sus veces en el término establecido. La presentación de un recobro/cobro ante el Fosyga o quien haga sus veces deberá realizarse de forma oportuna de acuerdo con el término señalado en la normativa vigente.

7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera cronológica respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos. Los soportes allegados y los datos registrados en los medios magnéticos son consistentes respecto al usuario, el servicio o la tecnología en salud y las fechas establecidas.

8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente. Corresponde a la liquidación de los valores previendo los descuentos definidos en la presente Resolución.



ARTÍCULO 25. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO ORIGINADAS POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> 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 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 epicrisis o de la historia clínica.



ARTÍCULO 26. DOCUMENTOS E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO ORIGINADAS EN FALLOS

DE TUTELA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Cuando se trate de recobros/ cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos [22](#), [23](#) y [24](#) de la presente Resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

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

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

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

- a) Si se trata de un medicamento, deberá identificar el medicamento cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye, con la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.
- b) Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
- c) Si se trata de un procedimiento, deberá identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se remplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total.

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

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

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

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

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 [5o](#) 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 27. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá especificar:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad del servicio o de la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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

4. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del servicio o de la tecnología en salud no

cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente a la cual se imputa la certificación.

5. Certificación del representante legal de la entidad recobrante, en la que se indique a qué factura imputa el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió el servicio o la tecnología en salud no cubierta por dicho Plan.

6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentren incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina el Fosyga o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del Fosyga de manera semestral.

PARÁGRAFO 1o. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se presenten ante el Fosyga o quien haga sus veces, sólo se tramitarán cuando el monto supere un cuarto del salario mínimo legal mensual vigente (0,25 smmlv). Para los recobros o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, las entidades recobrantes presentarán una única solicitud mensual por afiliado de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, prestados, junto con una certificación en la cual se relacionen las facturas de dichos servicios o tecnologías en salud, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo costo sea menor o igual al cuarto del salario mínimo legal mensual vigente de que trata el párrafo 1o de este artículo, se presentarán ante el Fosyga o quien haga sus veces, siempre y cuando en la prescripción de los mencionados servicios o tecnologías en salud de que trata esta Resolución, se compruebe que corresponde a un servicio para un afiliado que no es sucesivo mediante la validación de información que se realizará con los datos registrados en el aplicativo.

PARÁGRAFO 3o. Cuando se trate de recobros o cobros por medicamentos importados, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

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

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

PARÁGRAFO 4o. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada por el representante legal de la entidad recobrante, lo que se entenderá efectuado bajo la gravedad de juramento con la presentación de dicha certificación, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y

la cantidad recobrada.

PARÁGRAFO 5o. Para efectos del recobro/cobro por servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, suministradas por Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

TÍTULO IV.

VERIFICACIÓN, CONTROL, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.



ARTÍCULO 28. ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL.

<Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las solicitudes de recobro/ cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas:

1. Prerradicación
2. Radicación
3. Preauditoría
4. Auditoría Integral
5. Pago

CAPÍTULO I.

ETAPA DE PRERRADICACIÓN.



ARTÍCULO 29. OBJETO DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales que pudieren estar cursando.



ARTÍCULO 30. INICIACIÓN DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Esta etapa inicia con el registro vía web que efectúa la entidad recobrante respecto de la información correspondiente a cada solicitud de recobro/cobro, en el sistema y con las instrucciones que para el efecto implemente e imparta el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe.

PARÁGRAFO. El registro de la información por parte de las entidades recobrantes se realizará de acuerdo con el cronograma que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto.



ARTÍCULO 31. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

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



ARTÍCULO 32. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> 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:
 - a) El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante, del afiliado y el número único de recobro.
 - b) El formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (solicitudes del profesional de la salud tratante y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el 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 que se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los números únicos de cada recobro y los formatos MYT y MYT-R que correspondan.
3. El no ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.

ARTÍCULO 33. FINALIZACIÓN DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La etapa de prerradicación finaliza satisfactoriamente cuando la entidad recobrante dispone de los formatos de solicitud de recobro (formato MYT) y resumen de radicación (Formato MYT-R) para la radicación.

El formato resumen de radicación de las solicitudes de recobros (Formato MYT-R) debe ser impreso o magnético, suscrito por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda; este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

CAPÍTULO II.

ETAPA DE RADICACIÓN.

ARTÍCULO 34. OBJETO DE LA ETAPA DE RADICACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El objeto de esta etapa es presentar ante el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, los Formatos MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso o magnético a que refiere la presente resolución, según corresponda.

Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte el Fosyga o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO. Cuando la entidad recobrante no aporte el formato de solicitud de los recobros (Formato MYT) y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R); el formato MYT- R no contenga la firma del representante legal y la firma del revisor fiscal o contador público, según corresponda, identificado con el número de su matrícula profesional; o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, los números únicos de recobro y el formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

ARTÍCULO 35. PRESENTACIÓN DE LOS SOPORTES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Los soportes de las solicitudes de recobro/ cobro podrán presentarse en medio magnético o impreso, conforme a las especificaciones técnicas definidas, por el Fosyga o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO 1o. En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro/cobro presentadas.

PARÁGRAFO 2o. En caso de presentación de los soportes en medio impreso, las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros/cobros impresos físicos.

CAPÍTULO III.

ETAPA DE PREAUDITORÍA.

ARTÍCULO 36. OBJETO DE LA ETAPA DE PREAUDITORÍA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El objeto de esta etapa es verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

ARTÍCULO 37. COTEJO DE INFORMACIÓN Y SU RESULTADO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro/cobro que superaron las etapas de prerradicación y radicación, el Fosyga o la entidad que haga sus veces, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

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

1. Existencia de sobrantes o faltantes de solicitudes de cada recobro/cobro (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/cobro.
3. Ausencia del número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones de prestaciones no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro/cobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

En estos casos el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, procederá a: i) Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro/cobro (Formato MYT), ii) Anular el número de radicación del formato resumen de radicación (Formato MYT-R), si es del caso, iii) Informar a la entidad recobrante, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de preauditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

PARÁGRAFO. Las solicitudes de recobro/cobro radicadas oportunamente que sean objeto de anulación en la etapa de preauditoría, podrán ser nuevamente presentadas por la entidad recobrante por una única vez en el período de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre la entrega de la documentación, evento en el cual, dicho recobro/cobro se entenderá radicado en término, no obstante para el momento de su presentación se hayan cumplido los tres (3) años a que refiere el literal a) del artículo [73](#) de la Ley 1753 de 2015.

En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro/cobro.

CAPÍTULO IV.

ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.



ARTÍCULO 38. OBJETO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.

PARÁGRAFO. Los recobros/cobros que ingresen al proceso de auditoría integral se auditarán conforme al manual de auditoría que se adopte para el efecto.



ARTÍCULO 39. RESULTADO DEL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro será:

1. Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tendrá las siguientes variables:

a) Aprobado total: Cuando todos los ítems del recobro/cobro cumplan con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

b) Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro/ cobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado/cobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.

c) Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro/cobro.

2. No aprobado: Cuando la totalidad de ítems del recobro/cobro no cumplan con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

CAPÍTULO V.

COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTEGRAL.



ARTÍCULO 40. COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA A LAS ENTIDADES RECOBRANTES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro/cobro se comunicará por el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, al representante legal de la entidad recobrante, así:

1. Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, mediante correo enviado a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante.

2. En documento físico que se enviará al domicilio informado por la misma, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. Se conservará copia de la constancia de envío.



ARTÍCULO 41. CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes deberá contener la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.

2. Número que identifica el mes y el año (paquete que contiene las solicitudes de recobro).
3. Resumen de la información de cantidad y valores de recobros/cobros por estado, régimen y tipo de radicación.
4. Medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría, indicando:
 - a) Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
 - b) Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
 - c) La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
 - d) Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.



ARTÍCULO 42. OBJECCIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/ cobros, únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

La objeción incluirá el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.

Si la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información.



ARTÍCULO 43. SUBSANACIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y solo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

La corrección deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación

enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro/cobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría.



ARTÍCULO 44. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR NUEVAS RADICACIONES COMO MECANISMO DE OBJECCIÓN O SUBSANACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de las mismas, deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos de que tratan los artículos anteriores y deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.

Las glosas no objetadas y no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme.



ARTÍCULO 45. RESPUESTA A LA OBJECCIÓN O SUBSANACIÓN DEL RESULTADO DE LA AUDITORIA PRESENTADA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fosyga o la entidad que se autorice para el efecto, dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación del correspondiente documento. El pronunciamiento que se efectúe, se considerará definitivo.

TÍTULO V.

TÉRMINOS Y PLAZOS.



ARTÍCULO 46. TÉRMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de prerradicación y radicación de las solicitudes de recobro/cobro ante el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Para los servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que hayan sido prestados hasta la entrada en vigencia de la Ley [1753](#) de 2015, se aplicará lo previsto en el artículo [111](#) del Decreto-ley 019 de 2012.
2. Para los servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que hayan sido prestados a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1753 de 2015, se aplicará lo establecido en el literal a) de su artículo [73](#).



ARTÍCULO 47. DÍAS HABILITADOS PARA LA RADICACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las entidades recobrantes deberán radicar las solicitudes de recobro/cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo con el cronograma que establezca el Fosyga o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO 1o. Si el último día habilitado para la radicación de los recobros/cobros es un día no hábil, esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado.

PARÁGRAFO 2o. Aquellos recobros/cobros que según corresponda, cumplan el plazo para su

presentación en el término de que trata el artículo [111](#) del Decreto-ley 019 de 2012 o el previsto en el artículo [73](#) de la Ley 1753 de 2015, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.



ARTÍCULO 48. PLAZO PARA ADELANTAR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE PREAUDITORÍA Y AUDITORÍA INTEGRAL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO Y EFECTUAR EL PAGO CUANDO SEA PROCEDENTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro/cobro.

Dentro del mismo término, se efectuará el pago a las entidades recobrantes o a los proveedores autorizados por estas, cuando la auditoría integral arroje como resultado la aprobación del recobro/cobro. El pago se realizará a la cuenta bancaria registrada ante el Fosyga o quien haga sus veces.



ARTÍCULO 49. DÍAS HABILITADOS PARA LA RADICACIÓN DE LAS OBJECIONES Y SUBSANACIONES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El período habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones de los resultados de auditoría corresponderá a los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones y subsanaciones que cumplan los dos (2) meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

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

TÍTULO VI.

PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO.



ARTÍCULO 50. FINANCIACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> De acuerdo con el artículo [67](#) de la Ley 1753 de 2015, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud se financiarán con los recursos del Fosyga o quien haga sus veces.



ARTÍCULO 51. GIRO PREVIO DE RECURSOS AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE LOS RECOBROS/ COBROS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fosyga o quien haga sus veces, efectuará a más tardar el octavo (8) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral a favor de las entidades recobrantes de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por un monto equivalente al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el

valor total de las solicitudes radicadas en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce períodos, excluyendo la glosa de extemporaneidad y una desviación estándar.

Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto establezca el Fosyga o quien haga sus veces.



ARTÍCULO 52. REQUISITOS PARA EL GIRO PREVIO DE RECURSOS AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El giro de recursos previo al proceso de auditoría integral procederá únicamente cuando la entidad recobrante cumpla los siguientes requisitos:

1. Allegue autorización suscrita por su representante legal para deducir de los pagos que deba efectuar el Fosyga o quien haga sus veces, por concepto del proceso integral de compensación y giro, recobros/cobros referentes a otros períodos o pagos de cualquier otra naturaleza, los montos insolutos, cuando el valor aprobado en el proceso de auditoría integral de las solicitudes de los recobros/cobros resulte inferior al giro previo.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, acudirá al mecanismo que sea necesario para obtener el reintegro de los valores, cuando a ello hubiere lugar.

2. En el caso de solicitudes excepcionadas del pago de la factura o documento equivalente, se deberá allegar la autorización suscrita por su representante legal para que los recursos del pago previo se giren directamente a sus proveedores de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, conforme a la distribución realizada por la entidad recobrante, a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante el Fosyga o quien haga sus veces.

El valor de los recursos de giro previo será distribuido por las entidades recobrantes de manera proporcional al valor de las solicitudes radicadas mensualmente de cada proveedor, una vez le informe al Fosyga o a quien haga sus veces.

3. En el caso de solicitudes cuya factura o documento equivalente haya sido pagada, se deberá allegar autorización suscrita por su representante legal para que del saldo de la liquidación del giro previo se asigne mínimo el 50% a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el porcentaje restante, a favor de la entidad recobrante conforme a la distribución realizada por esta a la cuenta bancaria registrada ante el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga o quien haga sus veces.

4. Renuncia expresa de la entidad recobrante al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación, respecto de las solicitudes cuyo pago se efectúe.

En todo caso, la ordenación del gasto y autorización del giro, que realice el Ministerio de Salud y Protección Social estará supeditada al procedimiento que establezca el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO. Las entidades recobrantes para acceder al giro de recursos de manera previa a la

auditoría integral, deberán remitir los documentos señalados en el presente artículo en los términos y formatos que para el efecto establezca el Fosyga o quien haga sus veces.



ARTÍCULO 53. ENTIDADES EXCEPTUADAS DE LA MEDIDA DE GIRO PREVIO.

<Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las entidades recobrantes que se encuentren incurso en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento en salud, no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.



ARTÍCULO 54. MONTO A RECONOCER Y PAGAR POR RECOBRO/COBRO DE SERVICIOS O DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El monto a reconocer y pagar por cobros/cobros de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela.

El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud tratante 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 cubiertos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Cuando el medicamento no cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC recobrado tenga 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:

$$\text{Valor Calculado} = P * Q,$$

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 cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por el profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela.

El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud tratante 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 o prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

3. Procedimientos de salud cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, prescritos por el profesional de la salud tratante o por fallos de tutela.

El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, solicitados por el profesional de la salud tratante 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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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 1o. 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 cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC,

el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 el Fosyga o quien haga sus veces, 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 2o. 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 o quien haga sus veces reconocerá dicho valor, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 el Fosyga o quien haga sus veces; el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO 3o. Cuando el valor solicitado del servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sea menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo, se deberá 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/cobro.

PARÁGRAFO 4o. En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 5o. Cuando se trate de servicios específicamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, estos se reconocerán de acuerdo con los valores máximos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe.



ARTÍCULO 55. PAGO DE SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO APROBADAS CON RELIQUIDACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro/cobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro/cobro.
2. Cuando el valor recobrado de los servicios o las tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea superior al valor máximo que se determine.
3. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.



ARTÍCULO 56. PAGO DE SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO APROBADAS PARCIALMENTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, pagará parcialmente la solicitud del recobro, cuando se configure alguna de las siguientes causales:

1. Cuando como consecuencia de las solicitudes del profesional de la salud tratante o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
2. Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría que se adopte para el efecto.



ARTÍCULO 57. PROCEDENCIA DE GIRO A PROVEEDORES DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las entidades recobrantes que se acojan a la excepción prevista en el numeral 6 del artículo [27](#) de la presente resolución, podrán autorizar el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato debidamente diligenciado, mediante el cual, el representante legal de la entidad recobrante autoriza al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o a quien haga sus veces, a girar al proveedor en nombre de la entidad recobrante, los recursos a que refiere este artículo, a la cuenta bancaria que el proveedor haya registrado.
2. Relación en la que se discrimine la distribución de giro entre los proveedores de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, objeto de la medida, previos los descuentos a que haya lugar. Dicha relación será enviada por la entidad recobrante, una vez el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, le informe el valor aprobado de los resultados de la auditoría integral, el cual será distribuido por las entidades recobrantes, de manera proporcional, de acuerdo con el valor aprobado de las solicitudes presentadas mensualmente de cada proveedor.

PARÁGRAFO. La autorización a que refiere el numeral 1 de este artículo, será remitida en el formato que para el efecto establezca el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.

TÍTULO VII.

DIVERGENCIAS RECURRENTES.

CAPÍTULO I.

PRESENTACIÓN.



ARTÍCULO 58. DEFINICIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Se entiende por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social (Fosyga) o quien haga sus veces, respecto de las glosas que por cualquier

causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.



ARTÍCULO 59. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DEL TRÁMITE DE LA DIVERGENCIA RECURRENTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Los requisitos que deben observar las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de trámite de divergencia recurrente, son los siguientes:

1. La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y este Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, respecto de glosas que hayan sido aplicadas a recobros en más de un período de radicación.
2. Las entidades recobrantes, solicitarán, describirán y sustentarán la diferencia conceptual, soportada fácticamente y con criterios objetivos de carácter técnico y/o legal en los formatos que determine el Fosyga o quien haga sus veces.
3. La solicitud de divergencia recurrente deberá ser presentada por las entidades recobrantes a más tardar dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de la primera notificación del rechazo o devolución del recobro.

PARÁGRAFO 1o. La solicitud no podrá versar sobre la inconformidad de las entidades recobrantes por la aplicación de glosas relacionadas con el diligenciamiento de las solicitudes de recobro o de los documentos que las soporten.

PARÁGRAFO 2o. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, se haya pronunciado sobre una divergencia recurrente, el concepto que lo sustenta, se aplicará a las solicitudes de recobro de todas las entidades recobrantes que presenten la misma divergencia recurrente y se constituirá como criterio general de auditoría.



ARTÍCULO 60. TRÁMITE Y PROCEDIMIENTO DE LA DIVERGENCIA RECURRENTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causal, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, adelantará el siguiente procedimiento:

1. Confirmará que la solicitud radicada para el trámite por una diferencia conceptual se presenta en una entidad recobrante y el Ministerio - Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, respecto de glosas aplicadas a recobros en más de un período de radicación.
2. Verificará que la solicitud cumpla con los requisitos previstos en el artículo [59](#) de la presente resolución.
3. Definirá el criterio de auditoría mediante el cual se resuelva la divergencia recurrente, para lo cual, deberá tener en cuenta los conceptos que emitan las dependencias o entidades del Gobierno nacional que tengan funciones afines con los asuntos presentados en la solicitud.
4. Cuando se resuelva una divergencia recurrente a favor de la entidad que presentó la solicitud, tanto esta como las demás entidades recobrantes que presenten la misma situación que fue objeto de decisión, podrán radicar las solicitudes de recobro, en los períodos que establezca el Fosyga o

quien haga sus veces.

5. Se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría integral a los recobros objeto de la divergencia recurrente, costo este que será asumido por las entidades recobrantes.

PARÁGRAFO. El Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, tomará las decisiones relacionadas con el trámite que se establece en el presente artículo.



ARTÍCULO 61. REQUISITOS GENERALES PARA LA RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS OBJETO DE DIVERGENCIA RECURRENTE. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, las entidades recobrantes, presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y archivos MYT y MYT-R de que trata la presente resolución, y cumplir los siguientes requisitos:

1. Allegar los formatos que para el efecto se establezcan por el Fosyga o quien haga sus veces, los cuales deben cumplir con lo señalado en el artículo 3o del Decreto 1865 de 2012.
2. Adjuntar los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que en específico hayan estado vigentes a la fecha en que se consolidó el hecho que generó la obligación.
3. Adjuntar copia de la comunicación mediante la cual se informó el rechazo o devolución del correspondiente recobro.
4. Cuando se trate de recobros que hacen parte de un proceso judicial, se deberá adjuntar debidamente diligenciado el Formato que el Fosyga o quien haga sus veces defina para tal efecto.



ARTÍCULO 62. REQUISITOS ADICIONALES PARA RECOBROS PRESENTADOS POR DIVERGENCIAS RECURRENTE QUE HAGAN PARTE DE PROCESOS JUDICIALES EN CURSO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las entidades recobrantes que radiquen recobros que hagan parte de procesos judiciales en curso, además de los requisitos establecidos en los artículos del presente capítulo, deberán allegar:

1. Manifestación escrita del representante legal en la que se indique que las pretensiones relacionadas con el pago de dichos recobros, así como las accesorias y subsidiarias a las mismas, serán objeto de desistimiento en los términos del artículo [314](#) de la Ley 1564 de 2012. En dicha declaración se debe relacionar la identificación del despacho judicial y el número de radicación del proceso a que corresponden cada uno de los recobros presentados, incluyendo en todo caso, la fecha de radicación de la correspondiente demanda.
2. Auto admisorio de la demanda proferido por la autoridad Judicial correspondiente o en su defecto, acta individual de reparto o escrito de la demanda en el que se evidencie el sello de recibido, impuesto por la respectiva oficina judicial. En todos los casos, en el documento allegado deberá evidenciarse el número del proceso, la autoridad judicial y la entidad recobrante.
3. Manifestación expresa de que los documentos originales que soportan los recobros

presentados inicialmente se encuentran bajo la custodia de la autoridad judicial, en caso de allegarse copias.

PARÁGRAFO 1o. Para evidenciar la fecha de interrupción del término de caducidad de los recobros que se encuentran incluidos en procesos judiciales, las entidades recobrantes deberán diligenciar para cada consolidado, el Formato que defina el Fosyga o quien haga sus veces y adjuntarlo al momento de la radicación.

PARÁGRAFO 2o. Para efectos del pago de los recobros que resulten aprobados, el representante legal de la entidad recobrante, deberá remitir el memorial mediante el cual solicita el desistimiento, así como el auto que lo aprueba debidamente ejecutoriado.

Los recobros/cobro que a la fecha de radicación de la solicitud se encontraren incluidos en demandas radicadas y aún no admitidas, para los cuales se hubiere allegado el acta individual de reparto o escrito de la demanda en donde se acredita la iniciación del proceso judicial, en caso de resultar aprobados en la auditoría, su pago quedará sujeto, además del requisito de que trata el inciso precedente, a la presentación del auto admisorio de la demanda debidamente ejecutoriado.



ARTÍCULO 63. TÉRMINO PARA ESTUDIAR LA PROCEDENCIA Y PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, deberá adelantar el estudio de las solicitudes de recobro objeto de la divergencia recurrente e informar a la entidad recobrante el resultado del mismo dentro de los tres (3) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que cumplan los requisitos establecidos en el Decreto 1865 de 2012 y en la presente resolución.

PARÁGRAFO. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que llegue a ser aprobado mediante el nuevo proceso de auditoría integral, a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas.



ARTÍCULO 64. CONSECUENCIAS DE LA NO APROBACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBROS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Los elementos, ítems y valores de los recobros que no sean aprobados en la auditoría integral realizada a las solicitudes radicadas en uso de la medida de que trata el presente capítulo, podrán ser presentados nuevamente, siempre y cuando no haya operado el fenómeno de la caducidad.

Cuando el resultado sea la no aprobación del pago del recobro, el estado de auditoría del mismo será el del proceso en el cual le fue impuesta la glosa por la que solicitó el trámite de divergencia recurrente.

CAPÍTULO II.

COMITÉ DE DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.



ARTÍCULO 65. MIEMBROS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Comité de Definición de

Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está conformado por los siguientes miembros:

1. El Viceministro de Protección Social o su Delgado;
2. El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado;
3. El Director de Administración de Fondos de la Protección Social; o quien haga sus veces
4. El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones;
5. El Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud;
6. El Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud;
7. El Director Jurídico.



ARTÍCULO 66. FUNCIONES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las funciones del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son las siguientes:

1. Definir los lineamientos y criterios técnicos para el reconocimiento de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela, que se pagan con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.
2. Definir los lineamientos y criterios técnicos sobre el reconocimiento de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que deben incluirse en el manual de auditoría de recobros.
3. Definir si la solicitud de divergencia recurrente cumple con los requisitos generales previstos en la normativa vigente, para el inicio de su trámite.
4. Analizar y definir el criterio de auditoría que resuelva la solicitud de divergencia recurrente.
5. Autorizar la radicación de las solicitudes de recobro, cuando la decisión que resuelva la divergencia recurrente sea favorable a las entidades recobrantes. El periodo de radicación será definido por el Fosyga o quien haga sus veces.
6. Darse su propio reglamento.



ARTÍCULO 67. SECRETARÍA TÉCNICA. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por el Director de Administración de Fondos de la Protección Social, o por quien este delegue y ejercerá las siguientes funciones:

1. Citar a los miembros del Comité a las sesiones ordinarias y extraordinarias.
2. Elaborar el orden del día de cada reunión y remitirlo a los miembros del Comité.

3. Distribuir entre los miembros del Comité las solicitudes, documentos técnicos y conceptos que sirvan de soporte a los temas que se tratarán en cada sesión con 8 días de antelación a la citación.
4. Asistir a las reuniones del Comité, elaborar las actas de cada sesión y hacer seguimiento a las decisiones o compromisos adquiridos para verificar su cumplimiento.
5. Rendir los informes que le sean solicitados.
6. Administrar el archivo de los documentos del Comité.
7. Las demás que le sean asignadas por el Comité.



ARTÍCULO 68. REUNIONES Y TOMA DE DECISIONES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Comité se reunirá previa convocatoria de la secretaría técnica con mínimo tres (3) días de anticipación y sesionará de forma presencial o virtual a través de medios electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros del Comité.

La citación deberá especificar el lugar y la hora en la que se realizará la reunión en caso que sea física o el medio a utilizar en caso contrario; además, especificará el objeto de la sesión y llevará anexo el orden del día.

Dentro del mismo término, la secretaría técnica invitará a los funcionarios o personas cuya presencia se considere necesaria para debatir los temas puestos a consideración.

El Comité podrá sesionar con mínimo cuatro (4) de sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría simple.

PARÁGRAFO. Cualquier miembro del Comité podrá solicitar la realización de una sesión extraordinaria presencial, cuando considere que un caso específico puesto a consideración para sesión virtual, amerita o requiere un estudio especial. En este caso, dicho asunto será excluido del orden del día y será discutido en sesión extraordinaria presencial.

TÍTULO VIII.

TRANSPARENCIA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN LA GARANTÍA DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.



ARTÍCULO 69. INTEGRACIÓN DE DATOS AL SISPRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Los datos consolidados a partir del aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se integrarán por medio de las herramientas, estructuras y procesos que para tal fin tenga el Sispro y estarán almacenadas en la Bodega de Datos del mismo, donde se integrarán, complementarán y dispondrán para los análisis, estudios e investigaciones científicas que requiera el país.



ARTÍCULO 70. REQUERIMIENTOS Y SOLICITUDES DE INFORMACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de

Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de canales y medios para recibir y responder las solicitudes de datos e información de acuerdo con la normatividad vigente, relacionadas con el reporte, suministro, reconocimiento, pago y análisis de la información de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.



ARTÍCULO 71. DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Los canales digitales y electrónicos que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el acceso, consulta y difusión de la información, son los siguientes:

1. Sitio web del Sispro: Permite hacer consultas de información sobre los asuntos más frecuentemente buscados.

2. Sitios web para consultas predefinidas: Permiten acceder a información y consultas de datos específicos, solicitados por actores del sistema.

3. Sitios web temáticos: Dispone de consulta de datos e información correspondiente a los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud (ROSS); al Análisis de Situación de Salud (ASIS); a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP);

a los componentes de la gestión de riesgo en salud del Fosyga o quien haga sus veces.

4. Cubos en línea: Permite hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del Sispro 5. Repositorio Institucional Digital (RID): Permite acceder a la información bibliográfica y documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, indicadores epidemiológicos y demográficos.

PARÁGRAFO. Cuando por el volumen de la información o necesidades particulares, el usuario no encuentre en los canales a que refiere este artículo, la información que requiera, podrá solicitarla al Ministerio de Salud y Protección Social, dando aplicación a las disposiciones del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.



ARTÍCULO 72. SALIDAS DE INFORMACIÓN A PARTIR DEL REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará y dispondrá de boletines y salidas de información predefinidas de forma estadística para sistemas de alerta, comportamientos, tendencias e indicadores y las publicará mediante los canales de que trata el artículo [72](#) de la presente resolución.



ARTÍCULO 73. INDICADORES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social publicará y mantendrá actualizado el catálogo, las fichas y las estimaciones de los indicadores disponibles a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En caso de requerirse un indicador no incluido en el catálogo de indicadores, la persona o institución interesada deberá

solicitarlo a la Dirección de Epidemiología y Demografía de este Ministerio, especificando la definición de lo que desea estimar, el o los indicadores que permiten aproximarse a la estimación y la justificación.



ARTÍCULO 74. DESARROLLO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá, estimulará y apoyará el uso de los datos generados a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para realizar estudios e investigaciones, convocará a la comunidad científica y académica y facilitará la publicación de los resultados de los estudios e investigaciones.

PARÁGRAFO. Todos los proyectos de estudios e investigaciones deberán adelantarse con la participación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social o la dependencia que haga sus veces.



ARTÍCULO 75. PROPIEDAD INTELECTUAL. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social será el propietario intelectual de la información disponible en los medios digitales y electrónicos de que trata la presente Resolución y como tal, deberá reconocerse en todo producto que use la información, reconociendo al Sispro como fuente y al canal del Ministerio por medio del cual se accedió a los datos, información o documentos.

TÍTULO IX.

DISPOSICIONES FINALES.



ARTÍCULO 76. SERVICIOS BRINDADOS A LAS VÍCTIMAS DE QUE TRATA LA LEY 1448 DE 2011. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), tramitarán por el procedimiento de recobro/cobro previsto en la presente resolución, los servicios de salud de que trata el artículo [54](#) de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima o su grupo familiar.



ARTÍCULO 77. FIJACIÓN DE PERÍODOS DE RADICACIÓN Y CRONOGRAMAS PARA RECOBROS/COBROS. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Fosyga o quien haga sus veces, en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, períodos de radicación diferentes a los establecidos en la presente resolución o ampliar los aquí previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin.



ARTÍCULO 78. FORMATOS PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, el Fosyga o quien haga sus veces, definirá los

formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.



ARTÍCULO 79. CONTROL Y SEGUIMIENTO. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este defina para el efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes de recobro/cobro superen en un 20%, el promedio mensual del último año o cuando se presenten recobros/cobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Las entidades recobrantes en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente resolución, identificando las variaciones en el uso de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

PARÁGRAFO. Las entidades que intervengan en el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.



ARTÍCULO 80. TRANSITORIEDAD. <Resolución derogada por el artículo 94 de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2158 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Para los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que hayan sido autorizadas por los Comités Técnico Científico (CTC) u ordenadas por fallos de tutela hasta el 31 de agosto de 2016, se aplicará lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013 y por lo tanto, el procedimiento de presentación y radicación de los recobros, así como el de verificación, control y pago por parte del Fosyga o quien haga sus veces, se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2158 de 2016, 'por la cual se modifica la Resolución [1328](#) de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria', publicada en el Diario Oficial No. 49.886 de 27 de mayo de 2016.

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 1328 de 2016:

ARTÍCULO 80. Las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prestados hasta el 31 de mayo de 2016, se presentarán ante el Fosyga o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.



ARTÍCULO 81. VIGENCIA Y DEROGATORIA. <Resolución derogada por el artículo 94

de la Resolución 3951 de 2016. Revivida? Ver Resumen de Notas de Vigencia> <Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 2158 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán exigibles a partir del primero (1) de septiembre del 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución 5395 del 2013, salvo lo previsto en el título 11 que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios suministrados a los afiliados del régimen subsidiado

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 2158 de 2016, 'por la cual se modifica la Resolución [1328](#) de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria', publicada en el Diario Oficial No. 49.886 de 27 de mayo de 2016.

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 1328 de 2016:

ARTÍCULO 81. La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán exigibles a partir del primero (1o) de junio de 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el título II que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios suministradas a los afiliados del régimen subsidiado.

Publíquese y cúmplase

Dado en Bogotá, D. C., a 15 de abril de 2016.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de marzo de 2018

