

RESOLUCIÓN 003099 DE 2008

(agosto 19)

por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela.

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que conforme al artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, "cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido";

Que la Resolución 2933 de 2006, reglamenta "los Comités Técnico-Científicos y establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y de fallos de tutela, determinando las funciones, criterios de autorización, procedimiento y excepciones de las decisiones que deben tomar los Comité Técnico-Científico";

Que mediante Sentencia C-316 de 2008, la Corte Constitucional declaró exequible la expresión "Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga", del literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007";

Que mediante Sentencia [C-463](#) de 2008, la Corte Constitucional decidió declarar exequible el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2008 "señalando que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado podrán presentar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con la prestación de servicios médicos –medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro–, ordenados por el médico tratante y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del Régimen Contributivo

respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. En el caso del Régimen Subsidiado esta disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley 715 de 2001";

En mérito de lo expuesto,

[Ver la Circular del Min. Protección 48 de 2003](#)

RESUELVE:

CAPITULO I

De los Comités Técnico-Científicos

Artículo 1°. *Integración de los Comités Técnico-Científicos.* Las entidades administradoras de planes de beneficios, integrarán un Comité Técnico-Científico, CTC, que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, según corresponda, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, y un (1) representante de los usuarios, que tendrá las funciones que se señalan en la presente resolución.

En las IPS funcionarán los Comités de Farmacia y Terapéutica y un miembro de ellos será el representante de las IPS ante el Comité Técnico-Científico.

Los Comités Técnico-Científicos deberán integrarse en cada departamento y distrito donde estas entidades hayan sido autorizadas para funcionar por la Superintendencia Nacional de Salud. En todo caso, deberán garantizar la oportunidad y la facilidad de acceso de los afiliados al Comité.

El representante legal de cada una de las entidades administradoras de planes de beneficios, deberá reportar en debida forma a la Superintendencia Nacional de Salud el acta de conformación de los Comités, identificando sus integrantes. Así mismo, deberán reportar las sustituciones que se produzcan, identificando de la misma manera a los nuevos integrantes.

Artículo 2°. Requisitos de los miembros del Comité. El representante de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá ser médico con experiencia comprobada de mínimo dos (2) años en el ejercicio profesional.

Los representantes que conforman los Comités Técnico-Científicos deberán presentar una carta de compromiso en la cual manifiesten que a partir del

momento de la aceptación del cargo y hasta su retiro, no recibirán ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. Igualmente, los representantes del Comité no podrán ser representantes legales, miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. El representante de los usuarios no podrá ser empleado de la entidad administradora de planes de beneficios ni de sus filiales.

Artículo 3°. Elección de los representantes. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán realizar una convocatoria abierta entre sus prestadores de servicios de salud, asociaciones de usuarios o usuarios, que permita la selección objetiva de los representantes en el Comité, garantizando la participación democrática de las entidades y los usuarios.

Parágrafo. Los miembros del Comité serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años, pudiendo ser seleccionados nuevamente para los períodos subsiguientes. En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros, las entidades administradoras de planes de beneficios deberán designar su reemplazo en un término no mayor a un (1) mes calendario, contado a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, con la respectiva notificación a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 4°. Funciones. El Comité Técnico-Científico tendrá las siguientes funciones:

1. Evaluar, aprobar o desaprobado las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud manual listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS.
2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
3. Realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y negados.

Artículo 5°. Reuniones. El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones y por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dejará constancia en un libro de actas debidamente suscritas por los miembros del Comité y foliado, anexando los soportes utilizados como base de la decisión.

Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en el libro de actas.

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

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

a) La prescripción de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la entidad administradora de planes de beneficios. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas;

b) Solo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigente en el país como las expedidas por el Invima y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud;

c) La prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, será consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad contenidas tanto en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica;

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

Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 13 y 18

de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.

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

a) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente, el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada del medicamento solicitado y el nombre del medicamento en su denominación común internacional del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se remplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis equivalentes al medicamento autorizado, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística;

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

c) El Comité, dentro de la siguiente sesión a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta;

d) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán entre profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada;

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

Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales y después de haber realizado el proceso antes mencionado se les determine un tiempo de tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año, en cuyo caso el Comité Técnico-Científico deberá hacer la evaluación por lo menos una (1) vez al año y determinar la continuidad o suspensión del tratamiento.

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

Artículo 8°. Excepciones. En situaciones de urgencia manifiesta, es decir, cuando esté en riesgo la vida del paciente, no aplicará el procedimiento para la autorización previsto en la presente resolución, teniendo el médico tratante la posibilidad de decidir sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización establecidos en la presente resolución.

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

CAPITULO II

Procedimiento para efectuar recobros al Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidos en el POS y fallos de tutela

Artículo 9°. Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, deberán

diligenciarse en el formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros" y su anexo "Relación de Solicitudes de Recobro" que se adoptan a través de la presente resolución.

Siempre que se mantengan actualizados o vigentes de acuerdo con los términos que a continuación se señalan, no requerirán acompañar a cada solicitud, los siguientes documentos:

a) Certificado de existencia y representación legal de la administradora de planes de beneficios, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días. Este documento deberá remitirse al Ministerio de la Protección Social o a la entidad que se defina para tal efecto cada seis (6) meses o cada vez que se modifique la representación legal;

b) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. Este poder deberá actualizarse cada vez que se modifique con ocasión de la renuncia o sustitución;

c) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. Este documento deberá actualizarse cada vez que se presente alguna novedad, evento en el cual, deberán ser remitidos dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia de la misma;

d) Certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación deberá actualizarse cada vez que se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud;

e) El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.

Artículo 10. *Requisitos especiales de la solicitud de recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico.* La solicitud de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico, debe presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el Formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

a) Formato de "Solicitud de Recobro por Concepto de Medicamentos, Servicios Médicos o Prestaciones de Salud no POS-CTC", numerada consecutivamente por

cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;

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

i) La fecha de elaboración y número del acta;

ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente;

iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio;

iv) Un resumen de las prescripciones u órdenes médicas y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico, la fecha de las prescripciones u órdenes médicas y demás datos consignados en la misma, así como justificación del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS;

v) Del medicamento, servicio médico o prestación de salud no POS:

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

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

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

d) Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado;

vi) La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado;

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

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

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

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

xi) Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para el o los médico(s) integrante(s) se requiere el número del registro médico;

c) [Modificado por el art. 1, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#). **El nuevo texto es el siguiente:** Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:

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

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

iii) Código, descripción, valor unitario y total;

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

v) Valor unitario;

vi) Valor Total.

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

prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.

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

Texto anterior:

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

- i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);*
- ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;*
- iii) Código, descripción, valor unitario y total;*
- iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;*
- vi) Valor unitario;*
- vii) Valor total.*

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.

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

d) Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el Capítulo IV del Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen;

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

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

ii) En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias;

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

f) [Adicionado por el art. 1, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#), así:
Justificación de la necesidad médica del medicamento en su denominación de marca cuando la autorización cumpla con las condiciones de la determinación de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente.

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

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

Artículo 11. *Requisitos especiales de la solicitud de recobros originados en fallos de tutela.* [Modificado por el art. 2, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#). **El nuevo texto es el siguiente:** Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el FOSYGA, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

a) Formato de "Solicitud de Recobro por Concepto de Prestaciones ordenadas por fallos de tutela" numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;

b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la copia del fallo;

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

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

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

iii) Código, descripción, valor unitario y total;

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

v) Valor unitario;

vi) Valor Total.

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

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

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

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

ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias;

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

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

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

Texto anterior:

Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el Fosyga, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el Formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

a) Formato de "Solicitud de Recobro por Concepto de Prestaciones Ordenadas por Fallos de Tutela" numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;

b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la primera copia del fallo;

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

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

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

iii) Código, descripción, valor unitario y total;

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

vi) Valor unitario;

viii) Valor total.

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

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

d) Copia del formato "negación de servicios de salud y/o medicamentos" expedido por la Superintendencia Nacional de Salud o el Acta del Comité Técnico-Científico que negó el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa a la acción de tutela;

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

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

ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias;

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

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

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

Artículo 12. Término para presentar las solicitudes de recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos y fallos de tutela, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, dentro de los seis (6) meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

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

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el Decreto-ley 1281 de 2002 se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

Parágrafo. [Adicionado por el art. 3, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#), así: Cuando las entidades recobrantes, a la fecha de vigencia de la presente resolución, dispongan de sentencias de tutela que en la parte resolutive no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social, sin la copia auténtica del fallo, sin constancia de ejecutoria y las mismas no se hubieren radicado y se encuentre vencido el término de los seis (6) meses, podrán presentarlas a más tardar el quince (15) de diciembre de 2008, para que se tengan como oportunamente presentadas. [Modificado por la Resolución del Min. Protección 1099 de 2009](#).

Artículo 13. Término para estudiar la procedencia y el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual se efectuará el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

Artículo 14. Término para radicar las solicitudes de recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.

Aquellos recobros que, transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, se les vence el término de los seis (6) meses señalados en la presente resolución, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes.

Parágrafo. [Adicionado por la Resolución del Min. Protección 3977 de 2008](#), así: Durante el mes de octubre de 2008, las EPS y EOC podrán radicar ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad designada para el efecto, recobros de medicamentos, servicios médicos o procedimientos no incluidos en el POS autorizados por Comité Técnico-Científico o los fallos de tutela, además de los días señalados en el artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, los días 21, 22, 23 y 24 de octubre de 2008.

Artículo 15. Causales de rechazo de las solicitudes de recobro. [Modificado por el art. 4, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#). **El nuevo texto es el siguiente:** Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución.(Código 1-01);
- b) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-02);
- c) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-03);

- d) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-04);
- e) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-05);
- f) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1-06).

Parágrafo. Las causales previstas en los literales e) y f), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Texto anterior:

Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) *Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución (Código 1-01);*
- b) *Cuando el fallo de tutela no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social (Código 1-02);*
- c) *Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-03);*
- d) *Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-04);*
- e) *Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-05);*
- f) *Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-06);*
- g) *Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1-07).*

Parágrafo. Las causales previstas en los literales f) y g), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Artículo 16. Causales de devolución de las solicitudes de recobro. [Modificado por el art. 5, Resolución Min. Protección 3754 de 2008.](#) **El nuevo texto es el siguiente:** Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de recobro serán las siguientes:

a) Cuando el recobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01);

b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 2-02);

ii) Las causales de devolución aplicables a los cobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico serán:

a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No Pos al paciente. (Código 2-03);

b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04);

c) Cuando el contenido del Acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05);

d) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no contiene la justificación médica (Código 2-06);

e) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no registre el nombre del afiliado (Código 2-07);

f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico-Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08);

g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09);

h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10);

i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico se registra que el suministro del medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11);

j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud. (Código 2-12);

k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No Pos autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado). (Código 2-13);

l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud Pos que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14);

m) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para autorizaciones por el Comité Técnico-Científico por períodos mínimos de cotización (Código 2-15);

iii) Las causales de devolución aplicables a los recobros originados en fallos de tutela serán:

a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-16);

b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro. (Código 2-17);

c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por periodos mínimos de cotización (Código 2-18).

Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

Cuando se devuelva la solicitud de recobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del recobro.

La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

Parágrafo. Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales i) y j) del presente artículo, cuando se trate del suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en el artículo 8º de la Resolución 3099 de 2008.

Texto anterior:

Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de recobro serán las siguientes:

a) Cuando el recobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01);

b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 2-02);

ii) Las causales de devolución aplicables a los recobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico serán:

a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No POS al paciente. (Código 2-03);

b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04);

c) Cuando el contenido del acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05);

d) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no contiene la justificación médica (Código 2-06);

e) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no registre el nombre del afiliado (Código 2-07);

f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08);

g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09);

h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10);

i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico se registra que el medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11);

j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud (Código 2-12);

k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No POS autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado) (Código 2-13);

l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico-Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud POS que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14);

iii) Las causales de devolución aplicables a los recobros originados en fallos de tutela serán:

a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-15);

b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro (Código 2-16);

c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por períodos mínimos de cotización (Código 2-17).

Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

Cuando se devuelva la solicitud de recobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del recobro.

La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

Parágrafo. *Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales i) y j) del presente artículo, cuando se trate del suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en el artículo 8° de la presente resolución.*

Artículo 17. Causales de aprobación condicionada de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones en salud y fallos de tutela tendrán aprobación condicionada, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

a) Cuando falte el certificado de existencia y representación legal de la entidad administradora de planes de beneficios, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° de la presente (Código 3-01);

b) Cuando falte el poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado (Código 3-02);

c) [Modificado por el art. 6, Resolución Min. Protección 3754 de 2008.](#) **El nuevo texto es el siguiente:** Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. (Código 3-03);

Texto anterior:

Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad (Código 3-03);

- d) Cuando falte la certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud (Código 3-04);
- e) Cuando falte el plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados (Código 3-05);
- f) Cuando los nombres de quienes suscriben el Acta del Comité Técnico-Científico no coinciden con las reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud (Código 306);
- g) Cuando en el acta falte una o más firmas de los miembros del Comité Técnico-Científico (Código 3-07);
- h) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica la entidad responsable del pago (Código 3-08);
- i) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 3-09);
- j) Cuando al recobro no se adjunte la certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, en la cual indica a qué factura imputa el respectivo suministro y/o prestación de servicio recobrado, únicamente para lo previsto en el inciso segundo del literal c) del artículo 10, de la presente resolución (Código 3-10);
- k) [Modificado por el art. 6, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#). **El nuevo texto es el siguiente:** Cuando el usuario reportado en el recobro no aparezca en la Base de Datos Unica de Afiliados, BUDA, por la entidad recobrante para el período de la prestación del servicio (Código 3-11).

Texto anterior:

Cuando el usuario reportado en el recobro no aparezca compensado por la entidad recobrante para el período de la prestación del servicio (Código 3-11).

Parágrafo. No habrá lugar a la aplicación del literal k) cuando el fallo de tutela ordene la prestación de servicios a un usuario no afiliado a la entidad recobrante.

Para efectos de completar o actualizar la documentación, la entidad reclamante dispondrá de un plazo no mayor a dos (2) meses, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante de tales causales, y su pago se efectuará, conforme se establece en el artículo siguiente.

Las solicitudes de recobro que sean objeto de aprobación condicionada recibirán el pago del 50% del valor liquidado en forma oficial por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, una vez surtida la auditoría, dentro del plazo señalado en el artículo 13 de la presente resolución. El 50% restante será cancelado, una vez la entidad reclamante complete o actualice la documentación objeto de la aprobación condicionada; tal pago deberá efectuarse por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de radicación del formato "Remisión Documentación Recobros de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No POS y Fallos de Tutela con Estado de Aprobación Condicionada".

Si no se completan o actualizan los documentos dentro de los términos previstos en el presente artículo, se entenderá desistida la solicitud y la entidad reclamante deberá reintegrar el 50% del valor liquidado en forma oficial, por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, de la reclamación que se le haya cancelado, para lo cual el representante legal o al apoderado de la entidad reclamante en el Formato "Formulario Radicación de Solicitudes de Recobros", deberá dejar constancia de su autorización para el descuento automático de tal valor con cargo a futuras reclamaciones. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad reclamante presente una nueva solicitud, siempre y cuando se encuentre dentro del término previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002.

Parágrafo 2. [Adicionado por el art. 6, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#), así: En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de la Protección Social o la entidad designada para el efecto, diseñará un procedimiento especial y extraordinario para que por una única vez, las solicitudes de recobro que no se hubieran reconocido en su totalidad por falta de constancia de ejecutoria del respectivo fallo de tutela, sean identificadas para proceder a su respectivo reconocimiento sí es el caso.

Artículo 18. *Pagos de solicitudes de recobro por un valor diferente al solicitado.* El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, aprobará y pagará las solicitudes de recobro al Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, por un valor diferente al solicitado, una vez realizada la auditoría integral por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando exista error en los cálculos del recobro (Código 4-01);
- b) Cuando el porcentaje recobrado por semanas de cotización no coincida con la certificación aportada (Código 4-02);

c) Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico-Científico o fallo de tutelase incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 4-03);

d) 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 (Código 4-04);

e) Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de rechazo o devolución (Código 4-05);

f) Cuando uno o varios de los datos contenidos en el medio magnético no corresponde a lo diligenciado en el formato físico, se atenderá a lo contenido en el físico (Código 4-06);

En estos eventos, previa realización de la auditoría y elaboración del documento "Liquidación Oficial de Conceptos", según la documentación anexa a la solicitud, esta será aprobada y pagada por un valor diferente al recobrado. Si con posterioridad al pago las entidades administradoras de planes de beneficios demuestran que sus datos están debidamente soportados, se ajustarán, aprobarán y pagarán las diferencias a que hubiere lugar.

Artículo 19. *Causales de inconsistencia de las solicitudes de recobro.* [Modificado por el art. 7, Resolución Min. Protección 3754 de 2008.](#) **El nuevo texto es el siguiente:** Las solicitudes de recobro presentadas ante el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela se tendrán en estado de inconsistencia, cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, por las causales y los códigos que se señalan a continuación:

a) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-01);

b) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-02);

c) Del formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro. 2. Datos de la entidad. 3. Datos del afiliado. 4. Detalle del Recobro. 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS, y 5. Declaración de la entidad (Código 5-03);

d) Del formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad. 3. Datos del afiliado. 4. Detalle del Recobro. 4a. Datos medicamentos,

servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad (Código 5-04);

e) Del formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de APROBACION CONDICIONADA (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-05);

f) Del formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos (Código 5-06).

Tales solicitudes se entenderán como no presentadas, no estarán sujetas a la auditoría integral, y serán devueltas a la entidad recobrante. En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su presentación.

Cuando la radicación se efectúe al sexto mes del término previsto en el artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008, y dicha solicitud resulte inconsistente, la entidad recobrante podrá presentar, por una única vez, la solicitud en el mes siguiente y le serán aplicables las reglas del artículo 14 de la misma resolución.

Texto Anterior:

Las solicitudes de recobro presentadas ante el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela en estado de inconsistencia, se entenderán como no presentadas, no sujetas a la auditoría integral, y serán devueltas a la entidad recobrante. En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su presentación, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

a) Cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, así: (Código 5-01):

i) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos;

ii) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato Anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos;

iii) Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a:

1. Datos del recobro.

2. Datos de la entidad.

3. Datos del afiliado.

4. Detalle del Recobro.

4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS, y

5. Declaración de la entidad;

iv) Del Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a:

1. Datos del recobro.

2. Datos de la entidad.

3. Datos del afiliado.

4. Detalle del Recobro.

4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS, y

5. Declaración de la entidad;

v) Del Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos;

vi) Del Formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos;

b) Cuando el medio físico no se ajusta a la información consignada en el medio magnético (Código 5-02).

Artículo 20. Comunicación a las entidades recobrantes. El resultado de la auditoría integral aplicada a las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no POS autorizados por el Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela debe comunicarse, por el Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, al representante legal de la entidad indicando el estado que presenta el recobro, las causales aplicadas, así como aquellas por las cuales consideró pertinente reliquidar el valor recobrado. La comunicación deberá contener los siguientes requisitos formales y de fondo:

a) Fecha de expedición de la comunicación;

b) Número de recobro y número de radicación del recobro;

c) Código de la causal aplicada conforme al estado que se informa de acuerdo con lo previsto en la presente resolución;

d) El término con el que cuenta la entidad administradora de planes de beneficios para dar respuesta a lo que hubiere lugar.

A la comunicación de que trata el presente artículo, deberá anexarse medio magnético que contendrá en detalle las causales que se aplican y bajo la misma estructura presentada para la radicación de los recobros.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento del literal c) del presente artículo, la información deberá suministrarse, en forma individual por cada ítem del recobro presentado.

Parágrafo 2°. Lo contenido en ningún caso podrá desconocer que un recobro y cada uno de sus ítems únicamente podrán encontrarse aprobado para pago, rechazado, devuelto, aprobado condicionado e inconsistente.

Artículo 21. Envío de la comunicación. La comunicación será enviada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que el Administrador Fiduciario reciba del Ministerio la ordenación de gasto, a la dirección que aportó el representante legal al momento del diligenciamiento de los formatos de radicación establecidos para los recobros. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A dicha comunicación se anexará el medio físico del recobro que se rechaza o devuelve. Los recobros que registren los estados aprobado y aprobada condicionada permanecerán a cargo del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

Parágrafo. En el evento de que no se señalen en forma completa las causales o estas fueren injustificadas, la entidad responsable del estudio, revisión o auditoría deberá pagar con cargo a sus propios recursos, las sumas que en exceso a lo cobrado hubiere lugar.

Artículo 22. Objeción de la entidad recobrante. La comunicación del resultado de la auditoría, efectuada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, en la cual se informa en qué estado se encuentra el recobro y cada uno de los datos en él contenidos podrá ser objeto de cuestionamiento por la entidad recobrante, acudiendo ante quien emitió dicha comunicación, para que confirme o modifique su decisión inicial, acogándose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto por la presente resolución.

Parágrafo. El documento mediante el cual la entidad recobrante expone su desacuerdo no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los estimados en la comunicación previamente enviada.

En caso de existir causales que se soporten en carencias documentales o de insuficiencia de información contenidas en el recobro, deberá indicarse el folio en el cual, la entidad reclamante considera se encuentra el documento o la información que soporta la objeción en el recobro originalmente entregado.

Artículo 23. *Oportunidad para sustentar la objeción.* Una vez efectuada la comunicación al representante legal de la entidad recobrante, contará con un término de dos (2) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato "Objeción a la Auditoría Realizada" que se adopta con la presente resolución, los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida.

Las solicitudes de "Objeción a la Auditoría Realizada" deberán presentarse dentro del día 16 y el día 20 calendario de cada mes. Aquellas solicitudes que, transcurrido el término de radicación aquí previsto, se les venza el término de los dos (2) meses, se entenderán presentadas oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del día 16 y el día 20 calendario del siguiente mes.

Los recobros objeto de la solicitud de "Objeción a la Auditoría Realizada" deben ingresar con el mismo número de radicado y el mismo número del recbro suministrado por la entidad recobrante.

Parágrafo. La solicitud de "Objeción a la Auditoría Realizada" en caso de versar sobre recobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente resolución, previamente ha sido entregado por parte del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

Artículo 24. *Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante.* El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

Artículo 25. [Modificado por el art. 8, Resolución Min. Protección 3754 de 2008.](#) **El nuevo texto es el siguiente:** *Monto a reconocer y pagar por el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS del Régimen Contributivo.* Las solicitudes de recbro por concepto de fallos de tutela y autorizaciones del Comité Técnico-Científico, presentadas por las administradoras de planes de beneficios del régimen contributivo, deberán presentarse ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto.

Para tal efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previsto en la presente resolución. Una vez se encuentre aprobada para pago se dará traslado, en forma individual, a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social para el trámite a que hubiere lugar.

Texto anterior:

Pago de fallos de tutela en los cuales se autoriza el recbro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social. Las solicitudes por concepto de fallos de tutela en los cuales se autorice el

recobro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social, deberán presentarse ante el Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto.

Para tal efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previstos en la presente resolución. Una vez se encuentre aprobada para pago se dará traslado, en forma individual, a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social para el trámite a que hubiere lugar.

Artículo 26. *Monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud.* [Modificado por el art. 9, Resolución Min. Protección 3754 de 2008.](#) **El nuevo texto es el siguiente:** El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de este, de la siguiente forma:

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

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

b) **Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

c) **Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud vigente y hasta tanto este se expida, aplicarán las tarifas que reconoce la subcuenta ECAT del Fosyga.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos, y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

Por excepción, siempre y cuando se demuestre el cumplimiento de los requisitos para la autorización prevista en el literal f) del artículo 10 de la presente resolución, se reconocerá la diferencia del valor entre el medicamento de denominación genérica previsto en el POS y el medicamento de denominación de marca.

d) **Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, ordenados por fallos de tutela que no fueron tramitados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad, será el 50% del valor total facturado por el proveedor.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

Cuando por razones médico-científicas el Comité Técnico-Científico niega la solicitud de autorización del medicamento, servicio médico y prestación de salud ordenada por el médico tratante y la EPS y/o EOC es obligada a su prestación por

fallo de tutela, el valor a reconocer y pagar será el 85% del valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud. Dicho valor se reconocerá siempre y cuando la negación por la no pertinencia médica demostrada se consigna en la respectiva Acta, y tales razones científicas fueron puestas en consideración del juez de tutela. Para estos efectos, se deberá anexar el acta del CTC como soporte del recobro.

e) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los periodos mínimos de afiliación. El valor a reconocer y pagar por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela previamente negados por el Comité Técnico-Científico para los cuales, el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que se garantice su total prestación, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

Por excepción, siempre y cuando se demuestre el cumplimiento de los requisitos para la autorización prevista en el literal f) del artículo 10 de la Resolución 3099, si la autorización incorpora un medicamento en su denominación de marca, el porcentaje equivalente a las semanas faltantes de cotización se aplicará sobre la diferencia del valor entre el medicamento de denominación genérica previsto en el POS y el medicamento de denominación de marca.

Texto anterior:

El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de este, de la siguiente forma:

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

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad;

b) Servicios médicos y prestaciones de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

c) Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgicas autorizados por Comité Técnico-Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas del Manual Unico Tarifario para la Facturación de los Servicios de Salud vigente.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos, y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

d) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS autorizados por Comité Técnico-Científico para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los períodos mínimos de afiliación. El valor a reconocer y pagar por concepto de fallos de tutela que correspondan a medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga:

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

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación, UPC;

e) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, no tramitados por el Comité Técnico-Científico ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por el Fosyga será del 50% del valor total facturado por el proveedor.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

f) Medicamentos, Servicios médicos y prestaciones de salud No POS ordenados por fallo de tutela previamente negados por el Comité Técnico-Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, POS, ordenados por fallos de tutela y no autorizados por Comité Técnico-Científico y ordenados por fallo de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

g) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS ordenados por fallos de tutela previamente negados por el Comité Técnico-Científico, para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los períodos mínimos de afiliación. El valor a reconocer y pagar por concepto de fallos de tutela que correspondan a medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, y negados por el Comité Técnico-Científico, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

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

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación, UPC.

Artículo 27. Mecanismos para efectuar el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, efectuará el pago de las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos y fallos de tutela mediante cheque o abono en cuentas corrientes o de ahorro que le fueren informadas para tal efecto.

El proceso de recobro es independiente del proceso de compensación por parte de la EPS y demás EOC y en ningún caso podrán efectuarse cruce de cuentas.

Artículo 28. Control, seguimiento y auditoría. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes superen el promedio mensual histórico de recobros de la entidad, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios sin que medie causa justificada para el recobro, o cuando el veinte por ciento (20%) del acumulado anual de las solicitudes sean objeto de rechazo o devolución.

El Ministerio de la Protección Social, en la realización de los estudios de los Planes de Beneficios y de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, considerará los medicamentos o procedimientos recobrados, y trasladará a la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos el listado de precios de los medicamentos recobrados para la adopción de las medidas propias de su competencia.

Las entidades administradoras de planes de beneficios, 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 también las variaciones en el uso de los medicamentos no POS, por parte de cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

Parágrafo. Las entidades que intervienen en el estudio, revisión, seguimiento y auditoría de las solicitudes de recobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.

Artículo 29. Utilización de formatos de las solicitudes de recobro. Los formatos de presentación de las solicitudes de recobro que se adoptan mediante la presente resolución y que forman parte integral de la misma, serán obligatorios para las solicitudes que se radiquen a partir del 1° de octubre de 2008.

Para la presentación de las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos servicios o prestaciones de salud No POS y de fallos de tutela ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, adóptense los formatos e instructivos correspondientes, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R).
2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1).
3. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No POS-CTC (Formato MYT-01).
4. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02).
5. Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de aprobación condicionada (Formato MYT-03).
6. Formato objeción a la auditoría realizada (Formato MYT-04).

Parágrafo 1°. Los formatos adoptados en los numerales 2, 3, 4, 5 y 6 del presente artículo deberán presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presente resolución. Los formatos adoptados en los numerales 3, 4, 5 y 6 además del medio magnético deberán presentarse en medio impreso, conforme a los instructivos de cada formato.

Parágrafo 2°. El medio magnético de que trata el parágrafo anterior, deberá contener la firma digital del representante LEGAL de la respectiva entidad administradora de planes de beneficios.

Artículo 29-1. [Adicionado por el art. 10, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#), así: ***Aplicación de la extensión de competencias del Comité Técnico-Científico.*** A las actuaciones del Comité Técnico-Científico que, en cumplimiento de la Sentencia C-463 de 2008, autorizaron servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones contenidas en la presente resolución.

Artículo 29-2. [Adicionado por el art. 11, Resolución Min. Protección 3754 de 2008](#), así: ***Recobros a las entidades territoriales.*** Sin perjuicio de la autonomía de las entidades territoriales, las EPS-S adoptarán el procedimiento para solicitar a las entidades territoriales el recobro de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidas en el POS-S previsto en esta resolución, hasta tanto las entidades territoriales adopten el procedimiento correspondiente.

Artículo 30. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación y el artículo 29 a partir del 1° de octubre de 2008 y deroga la Resolución 2933 de 2006 y demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 19 de agosto de 2008.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

ANEXO TECNICO MYT-01

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
I. Datos del recobro					
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	Numérico	13
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Numérico	13
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Numérico	1
4	NroRadicacionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	8
II. Datos de la entidad					
5	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
III. Datos del afiliado					
6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	2
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	16
8	PrimerApellido	Primer apellido del	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30

		afiliado			
9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
12	TipoAfiliacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario	Texto	1
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora	A, B, C, E=Exento	Texto	1

IV. Detalle del recobro

14	Nroitem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro	Numérico	4
15	NumActaCTC	Número del acta del comité técnico científico	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	20
16	FecActa	Fecha del acta del comité técnico científico	Fecha del acta de CTC, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
17	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
18	Periodico	Indicador de periodicidad del recobro	S=Si, N=No	Texto	1
19	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2
20	Añosuministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4
21	NumEntrega	Número de entrega del Acta de CTC para el periodo informado	Corresponde al número correspondiente de entrega autorizada por el Acta de CTC	Numérico	3
22	NumFactura	Número de la factura que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	20
23	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10

24	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
25	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	7
26	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Númérico	3 dígitos, 2 decimales
27	NitProveedor	Nit del proveedor del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio	Texto	11
28	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	Nombre o razón social del proveedor del servicio	Texto	100
29	CodMedSerPrest	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
30	NomMedSerPrest	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
31	Tipltem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD.Actividad=AC.Procedimiento=PD.Intervención=INT.Insumos=IN.Dispositivo y equipo Biomédicos=DBIO.Producto Biológico=PBIO.	Texto	4
32	Cansuministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud para el ítem	Númérico	4
33	VirUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales
34	VirTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales
35	Vircuotcop	Valor cuota moderadora o copago	Valor de la cuota moderadora o copago del medicamento, servicio médico o prestaciones de salud	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales

36	Vlrrecobrado	Valor final recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad reclamante	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
----	--------------	-----------------------	--	----------	-----------------------------

IV.a. DATOS MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y/O PRESTACIONES DE SALUD NO POS

37	NroitemII	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro y que debe corresponder con el del numeral IV de este formato	Numérico	4
38	NomMedSerPrestII	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
39	Presentacion	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50
40	FrecUso	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
41	DíasAutorizados	Cantidad Días que dura el servicio	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3
42	Cansuministroll	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4

Consecutivo campo	Campo	descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
43	VlrUnitII	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
44	VlrTotalI	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
45	CodMedSerPrestSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
46	NomMedSerPrestSimilar	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300

		similar o que sustituye			
47	FrecUsoll	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3 dígitos, 2decimales
48	TiempoDias	Cantidad Días que dura el servicio del numeral 46	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3
49	Cansuministroll	Cantidad Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4
50	VlrUnitIII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
51	VlrTotall	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales

V. Declaración de la entidad

52	CopiaActaCTC(No.Doc)	Cantidad de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de actas de CTC que se adjuntan al recobro	Numérico	3
53	CopiaActaCTC(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de folios de las actas de CTC que se adjuntan al recobro	Numérico	3
54	FacturaproveedorCancelada(No.Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
55	FacturaproveedorCancelada(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes a las facturas	Corresponde a la cantidad de folios de las facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
56	Formulamédica (No.Doc)	Cantidad de fórmulas médicas	Corresponde a la cantidad de fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Numérico	3
57	Formulamédica(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de formulas médicas	Corresponde a la cantidad de folios de las fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Numérico	3
58	SoporteServicio(No.Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjunta en el recobro y son distintos del numeral 52,54 y 56 de este anexo	Numérico	3
59	SoporteServicio(No.Folios)	Cantidad de folios que evidencien la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 53,55 y 57 de este anexo	Numérico	3
60	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Numérico	4
61	Totales (No. Folios)	Cantidad total de folios	Corresponde a la suma de las cantidades de folios que se adjuntan a la solicitud de recobro	Numérico	4

DATOS DE LA SOLICITUD EN LA QUE SE ANEXO LA COPIA DEL ACTA DE CTC

62	NoRadiciónrecobroanterior(FormatoMYT-01)	Número de radicación del formato MYT-01	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA al recobro anterior donde reposa el Acta de CTC.	Numérico	8
----	--	---	--	----------	---

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:EEEEEMCCCCCCCCCCCC01.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-01Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.M = Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS.CCCCCCCCCCCC=Número de consecutivo para raditaciones de entidad reclamante, de acuerdo con lo registrado en el formato MYT-RTodos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.

La información debe ser presentada en medios digitales CD.

Todos los valores numéricos que presenten decimal, no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto(.)

ANEXO TECNICO MYT-02

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
I. Datos del recobro					
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para raditaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	Numérico	13
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Numérico	13
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Numérico	1
4	NroRadicionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	8
II. Datos de la entidad					
5	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
III. Datos del afiliado					
6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUJA	Texto	2
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUJA	Texto	16
8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUJA	Texto	30

9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30
12	TipoAfiliacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario, S=Subsidiado, O=otro	Texto	1
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora	A, B, C, E=Exento	Texto	1
14	Nivrecuperacion	Nivel de la cuota recuperación	1, 2, 3, E=Exento	Texto	1
IV. Detalle del recobro					
15	Nroitem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro	Numérico	4

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
16	NumFallo	Número del fallo de tutela	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	30
17	FecFallo	Fecha del fallo de tutela	Fecha del fallo, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
18	Numautoridadjudicial	número del juzgado	Corresponde al número del juzgado	Texto	20
19	Tipautoridadjudicial	autoridad judicial	Corresponde al tipo de juzgado	Texto	100
20	Ubaautoridadjudicial	Código del Municipio donde se encuentra ubicada la autoridad judicial	De acuerdo con la codificación del DANE	Texto	5
21	CodCausarecobro	Código de la causa de la tutela	De acuerdo con lo establecido en el formato MYT-R.	Texto	2
22	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
23	Periodico	Indicador de periodicidad del recobro	S=Si, N=No	Texto	1
24	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2
25	Añosuministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4

26	NumEntrega	Número de entrega de lo ordenado por el fallo de tutela	Corresponde al número correspondiente de entrega ordenado por el fallo de tutela	Numérico	3
27	NumFactura	Número de la factura que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	20
28	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
29	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10
30	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	7
31	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
32	NitProveedor	Nit del proveedor del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio	Texto	11
33	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	Nombre o razón social del proveedor del servicio	Texto	100
34	CodMedSerPrest	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
35	NomMedSerPrest	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
36	Tiptem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD.Actividad=AC.Procedimiento=PD.Intervención=INT.Insumos=IN.Dispositivo y equipo Biomédicos=DBIO.Producto Biológico=PBIO.	Texto	4
37	Canministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud para el ítem recobrado	Numérico	4

38	VlrUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
39	VlrTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
40	VlrCuotcoprecup	Valor cuota moderadora, copago o recuperación	Valor de la cuota moderadora, copago o recuperación del medicamento, servicio médico o prestaciones de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
41	Vlrrecobrado	Valor final recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad reclamante	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales

IV.a.DATOS MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y/O PRESTACIONES DE SALUD NO POS

42	NroitemII	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro y que debe corresponder con el del numeral IV de este formato	Numérico	4
43	NomMedSerPrestII	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300
44	Presentación	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50
45	DosisUso	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
46	DiasAutorizados	Cantidad Días que dura el servicio	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3
47	Cansuministroll	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4
48	VlrUnitII	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
49	VlrTotalII	Valor Total del servicio	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos,

		suministrado por ítem			más 2 decimales
50	CodMedSerPrestSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos servicios médicos o prestaciones de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	30
51	NomMedSerPrestSimilar	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado similar o que sustituye	Nombre del Medicamento, servicio médico o prestación de salud codificados de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	300

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
52	DosisUsoll	Unidades diarias del medicamento, servicio médica o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3 dígitos, 2 decimales
53	TiempoDias	Cantidad Días que dura el servicio del numeral 46	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	3
54	Cansuministroll	Cantidad Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Numérico	4
55	VlrUnitIII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
56	VlrTotalIII	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales
V. Declaración de la entidad					
57	CopiaFallo(No.Doc)	Cantidad de fallos de tutelas	Corresponde a la cantidad de fallos de tutelas	Numérico	3
58	CopiaFallo(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de folios de los fallos de tutelas que se adjuntan al recobro	Numérico	3

59	FacturaproveedorCancelada(No.Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
60	FacturaproveedorCancelada(No.Folios)	Cantidad de folios correspondientes a las facturas	Corresponde a la cantidad de folios de las facturas canceladas que se adjuntan al recobro	Numérico	3
61	SoporteServicio(No.Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjunta en el recobro y son distintos del numeral 57 y 59 de este anexo	Numérico	3
62	SoporteServicio(No.Folios)	Cantidad de folios que evidencien la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 58 y 60 de este anexo	Numérico	3
63	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Numérico	4
64	Totales (No. Folios)	Cantidad total de folios	Corresponde a la suma de las cantidades de folios que se adjuntan a la solicitud de recobro	Numérico	4

DATOS DE LA SOLICITUD EN LA QUE SE ANEXO LA COPIA DEL FALLO DE TUTELA

65	NoRadicaciónrecobroanterior(FormatoMYT-02)	Número de radicación del formato MYT-01	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA al recobro anterior donde reposa la copia del fallo de tutela.	Numérico	8
----	--	---	--	----------	---

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:EEEEEMCCCCCCCCCCCC02.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-02Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.T = Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS.CCCCCCCCCCCC=Numero de consecutivo para raditaciones de entidad reclamante, de acuerdo con lo registrado en el formato MYT-RTodos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.La información debe ser presentada en medios digitales CD.

Todos los valores numéricos que presenten decimal, no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto(.)

ANEXO TECNICO MYT-03- DOCUMENTACION PRESENTADA PARA RECOBROS CON ESTADO DE APROBACION CONDICIONADA

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
1	FecRadica	Fecha de radicación del formato MYT-03	Fecha de radicación del formato MYT-03, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
2	Rasocial	Razón social	Corresponde al nombre completo de la Entidad Reclamante seguido de la sigla, conforme al certificado de existencia y representación legal.	Texto	200
3	CodSNS	Código de la Entidad administrador de planes de beneficios	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
4	Nroenvío	Número de envío	Corresponde al número de envío o paquete en el cual se agrupan por el consorcio los recobros y que fue informado a la Entidad administrador de planes de beneficios el estado de aprobación condicionada.	Numérico	6

5	Nro	Número consecutivo de orden	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro.	Numérico	6
6	NumConsecRecobro	Número Consecutivo del Recobro	Corresponde al número interno dado por la Entidad administrador de planes de beneficios al recobro	Numérico	13
7	NumRadicacionRecobro	Número de Radicación del Recobro	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga con el cual se presentó el recobro inicial y el resultado final de auditoría fue aprobación condicionada.	Numérico	8
8	Rgart17	Requisitos generales artículo 17	Número de folios presentados por la entidad por cada ítem que corresponde a la sumatoria de folios por cada código del Art.17	Numérico	3
9	Totalfolios	Número de folios	Corresponde al total de folios	Numérico	5

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:DDMMAAAEEEEEECCCCCCCC03.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-03Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.Donde, DDMMAAAA = fecha de radicación. Donde, CCCCCCCC=Número del paquete que fue asignado por el consorcio para los recobros procesados y que resultaron con estado de aprobación condicionadaTodos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.La información debe ser presentada en medios digitales CD

ANEXO TECNICO MYT-04

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño
1	FecRadica	Fecha de radicación del formato MYT-04	Fecha de radicación del formato MYT-04, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10
2	Rasocial	Razón social	Corresponde al nombre completo de la Entidad Reclamante seguido de la sigla, conforme al certificado de existencia y representación legal.	Texto	200
3	CodSNS	Código de la EPS, ARS o EOC	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
4	Nroenvío	Número de envío	Corresponde al número de envío o paquete en el cual se agrupan por el consorcio los recobros y que fue informado a la entidad administradora de planes de beneficio.	Numérico	6
5	CodSNS	Código de la EPS, ARS o EOC	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6
6	Estado	Estado de auditoria	Corresponde al código de estado resultado de la auditoría del recobro, 1 APROBADA, 2 CONDICIONADA, 3 DEVUELTA, 4 RECHAZADA	Numerito	2
7	NumConsecRecobro	Número Consecutivo del Recobro	Corresponde al número interno dado por la entidad administradora de planes de beneficio al recobro	Numérico	13
8	NumRadicacionRecobro	Número de Radicación del Recobro	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA con el cual se presentó el recobro inicial y el resultado final de auditoría fue aprobación condicionada.	Numérico	21
9	Itemdesacuerdo	Ítem en desacuerdo	Número del ítem, al cual se le impuso el motivo de glosa en desacuerdo.	Numérico	2

10	Codglosa	Código de glosa	Número de la glosa dado por el consorcio fiduciario.	Numérico	4
11	Sustcausal	Sustentación causal en desacuerdo	Corresponde a la explicación de la no pertenencia del motivo de glosa	Texto	800
12	NoFolios	Número de folios	Escriba en esta casilla el número del primer folio que corresponda al documento que soporta la objeción a la causal invocada por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA en el proceso de auditoría.	Numérico	5
13	TotalFolios	Total de Folios	Escriba en esta casilla el número total real de folios presentados con el recobro en su radicación inicial	Numérico	6

Se tiene que generar un registro por cada sustentación de glosa de cada ítem objetado

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:DDMMAAAAEEEEEE04.TXT = Archivo con los registros del anexo MYT-04Donde, EEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.Donde, DDMMAAAA = a la fecha de radicación.

Todos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma "," como separador de campos.Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda. La información debe ser presentada en medios digitales CD

ANEXO TECNICO MYT-R ANEXO N° 1 FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS

Consecutivo Campo	Campo	Tipo	Tamaño
1	Número de radicación de recobros de entidad reclamante	Numérico	13
2	NroConsecutivoRecobro	Numérico	13
3	Primer apellido paciente	Texto	30
4	Segundo apellido paciente	Texto	30
5	Primer nombre paciente	Texto	30
6	Segundo nombre paciente	Texto	30
7	Tipo de documento del paciente	Texto	2Valores:CC = Cédula de ciudadaníaTI = Tarjeta de identidadRC = Registro CivilCE = Cédula de extranjeríaPA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identificación
8	Numero de documento de identidad del paciente	Texto	16
9	Régimen	Numérico	1 Valores: 1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Otro

10	Causa recobro	Texto	2Valores:01 = Tutela por periodos de carencia02 = Tutela por servicios No POS03 = Tutela por medicamentos No POS04 = Tutela por servicios en el exterior05 = Tutela por otras causas06 = Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No POS - CTC07 = Tutela por tratamiento integral
11	Valor recobro	Numérico	20

Cada entidad reclamante debe presentar un archivo que contenga cada uno de los registros relacionados con el recobro.

El nombre de cada archivo deberá conformarse de la siguiente manera:

EPSXXXDDMMAAAACCCCCCCCCCCC.TXT

Donde:

EPSXXX = Código de la entidad de acuerdo con la codificación de la SNS

DDMMAAAA = Fecha de radicación de acuerdo con lo registrado en el "Formato radicación de solicitudes de recobros - MYT-R

CCCCCCCCCCCC = Numero consecutivo para radicación entidad reclamante de acuerdo con lo registrado en el "Formato radicación de solicitudes de recobros - MYT-R

Los archivos debAS II.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS NO POS Y FALLOS DE TUTELA

MYT-R ANEXO N°. 1

FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO ANEXO N° 1

1. N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE:
Registre el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios al consolidado de solicitudes de recobro (para efectos de su control y seguimiento)

2. HOJA N°. X DE X: Escriba el número de hoja del total de hojas utilizadas en la misma presentación del formato radicación de solicitudes de recobros consolidado.

RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO

3. No. ITEM: Escriba el número consecutivo de orden de presentación de los recobros contenidos en la radicación correspondiente.

4. No. RECOBRO: Escriba el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios, a cada recobro de acuerdo con los formatos MYT-01 y MYT-02, según corresponda.

DATOS DEL AFILIADO ATENDIDO

5. PRIMER APELLIDO: Escriba el primer apellido del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

6. SEGUNDO APELLIDO: Escriba el segundo apellido del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

7. PRIMER NOMBRE: Escriba el primer nombre del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

8. SEGUNDO NOMBRE: Escriba el segundo nombre del afiliado atendido conforme a su documento de identificación.

9. TIPO DEL DOCUMENTO: Escriba el tipo de documento de identificación del afiliado atendido; para el efecto se deberá utilizar la codificación de la Resolución N° 890 de 2002 en lo referente al tipo de identificación de los afiliados. Ejemplo: Cédula de Ciudadanía = CC, Tarjeta de Identidad = TI, etc.

10. NUMERO DE DOCUMENTO: Escriba el número del documento de identificación del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud atendido.

11. CAUSA RECOBRO: Para cada recobro relacionado, escriba el número que identifica la causa del mismo, conforme a la codificación que se señala a continuación:

01 Tutelas por períodos de carencia

02 Tutelas por Servicios N° POS

03 Tutelas por Medicamentos NO POS

04 Tutelas por Servicios en el exterior

05 Tutelas por otras causas

06 Medicamentos, Servicios médicos y Prestaciones de Salud NO POS-CTC.

07 Tutelas por tratamiento integral

12. REGIMEN: Escriba el régimen de afiliación para cada recobro. Diligencie 1 para el régimen contributivo, 2 para el régimen subsidiado y 3 para otro.

13. VALOR RECOBRO: Para cada recobro relacionado, escriba el valor recobrado consignado en la casilla respectiva de los formatos MYT-01 y MYT-02.

14. VALOR TOTAL: Escriba el valor que corresponda a la sumatoria del valor de cada recobro conforme al numeral 12 inmediatamente anterior.

15. FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO: El formato radicación de solicitudes de recobros consolidado – ANEXO N°. 1, debe estar firmado por el representante legal de la entidad reclamante o por su apoderado, con poder debidamente otorgado.

NOTAS:

SI EL ANEXO N°. 1 DEL FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO SE PRESENTA EN MEDIO MAGNETICO, DEBERA TRAMITARSE LA INFORMACION RELACIONADA EN EL NUMERAL 4) DE LA DECLARACION DE LA ENTIDAD DE DICHO FORMATO.

LA CLASIFICACION POR CAUSA DE LOS RECOBROS DEBE REALIZARSE POR EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA, EL CUAL DEBERA PRIMAR INDEPENDIENTEMENTE DE LO ORDENADO EN EL FALLO. CUANDO NO SEA CLARO EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA O CORRESPONDA A USUARIOS NO AFILADOS A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS RECOBRANTE, SE DEBERA CLASIFICAR EN CAUSA 05, EXCEPTO CUANDO EL FALLO ORDENE TRATAMIENTO INTEGRAL, EVENTO EN EL CUAL SE CLASIFICARA EN CAUSA 07.

* * *

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PARA RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS POR MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS Y FALLOS DE TUTELA

MYT-R

FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS CONSOLIDADO

1. N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE: Registre el número interno asignado por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios al consolidado de solicitudes de recobro (para efectos de su control y seguimiento)

2. FECHA RADICACION: Uso exclusivo del Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

3. N° RADICADO: Uso exclusivo del Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

I. DATOS DE LA ENTIDAD

4. TIPO DE ENTIDAD: Marque con una (X) a qué tipo de entidad corresponde cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

5. RAZON SOCIAL: Registre el nombre completo de la Entidad reclamante seguido de la sigla, conforme al certificado de existencia y representación legal.

6. CODIGO: Escriba el Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.

7. NIT: Escriba el número de identificación de cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios, asignado por la Cámara de Comercio (sin guión).

8. DIRECCION: Escriba la dirección completa del domicilio de la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden dirigir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

9. DEPARTAMENTO: Escriba el departamento en el cual se encuentra ubicada la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

10. COD: Escriba el código del departamento que corresponda conforme a los datos de los numerales 8 y 9 inmediatamente anteriores.

11. TELEFONO: Escriba el número telefónico de la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

12. MUNICIPIO: Escriba la ciudad en el cual se encuentra ubicada la sede principal de la entidad que recobra o de la oficina o sede a la cual se pueden referir comunicaciones sobre la solicitud de recobro.

13. COD: Escriba el código del municipio que corresponda conforme al dato del numeral 12 inmediatamente anterior.

II. CONSOLIDADO POR CAUSA

14. N° DE RECOBROS: Escriba el número de recobros que corresponda según la causa del mismo, conforme al resumen del Anexo No. 1 de este formato; se acepta un máximo de 600 recobros por causa por formato de radicación de solicitudes de recobros; las causas son:

01 Tutelas por períodos de carencia

02 Tutelas por Servicios No POS

03 Tutelas por Medicamentos NO POS

04 Tutelas por Servicios en el exterior

05 Tutelas por otras causas

06 Medicamentos, Servicios médicos y Prestaciones de Salud NO POS-CTC.

07 Tutelas por tratamiento integral

15. VALOR: Escriba el valor total recobrado por causa de recobro conforme al resumen del Anexo No. 1 de este formato.

16. N°. TOTAL DE FOLIOS ANEXOS: Escriba el número total de folios que soportan los recobros incluidos en el formato radicación de solicitudes de recobros consolidado, incluyendo los formatos MYT-01 y MYT-02.

III. DECLARACION DE LA ENTIDAD

17. El formato radicación de solicitudes de recobros consolidado, debe estar firmado por el representante legal de la entidad reclamante o por su apoderado, con poder debidamente otorgado.

NOTAS:

SI EL ANEXO N° 1 DE ESTE FORMATO Y/O LOS FORMATOS MYT-01 Y MYT-02 SE PRESENTAN EN MEDIO MAGNETICO, DEBERÁ TRAMITARSE LA INFORMACION RELACIONADA EN EL NUMERAL 4 DE LA DECLARACION DE LA ENTIDAD, ASI:

a) NOMBRE ARCHIVO: CODIGO ENTIDAD SNS MAS FECHA PRESENTACION (DDMMAAAA);

b) TAMAÑO DEL ARCHIVO EN MB;

c) SERIAL DEL MEDIO MAGNETICO, EL CUAL DEBERA CORRESPONDER AL NÚMERO IMPRESO POR EL FABRICANTE EN EL CD.

LA CLASIFICACION POR CAUSA DE LOS RECOBROS DEBE REALIZARSE POR EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA, EL CUAL DEBERÁ PRIMAR INDEPENDIEMENTE DE LO ORDENADO EN EL FALLO. CUANDO NO SEA CLARO EL ASUNTO QUE ORIGINO LA TUTELA O CORRESPONDA A USUARIOS NO AFILADOS A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS RECOBRANTE, SE DEBERÁ CLASIFICAR EN CAUSA 05, EXCEPTO CUANDO EL FALLO ORDENE TRATAMIENTO INTEGRAL, EVENTO EN EL CUAL SE CLASIFICARA EN CAUSA 07.

(C. F.)

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 47.088 de agosto 21 de 2008.