

previas algunas consideraciones, se pronunció sobre la viabilidad de la prórroga que ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital Departamental Federico Lleras Acosta del municipio de Ibagué, Departamento del Tolima, señalando:

“La ESE Hospital Federico Lleras Acosta durante el proceso de intervención ha venido realizando el pago gradual de pasivos, priorizándose los relacionados con deudas laborales y de contratistas; con la asignación de recursos del Fonsaet por valor de \$6.151 millones, los cuales fueron gestionados por esta Superintendencia. Es de anotar que al inicio de la intervención las deudas laborales ascendían a \$7.305 millones (...) y al mes de junio de 2016 la ESE se encuentra al día en el pago de los salarios; a su vez, las deudas con contratistas pasaron de \$9.697 millones en el 2014 a \$4.626 millones en junio de 2016”.

Que en el citado concepto, la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, destaca en sus conclusiones los avances que se presentan en los componentes administrativo, financiero, jurídico, técnico-científico y de servicios, teniendo en cuenta los resultados que presentan los Indicadores Mínimos de Gestión del Plan de Acción, así:

“(…) La ESE definió políticas enfocadas en la racionalización y contención del gasto, fortalecimiento en los ingresos y el saneamiento de pasivos, para lo cual se realizaron las actividades que llevaron a la reorganización administrativa de la institución, dentro de lo cual se precisa que al inicio de la intervención la ESE contaba con 1.345 funcionarios, una vez realizado el estudio de cargas de trabajo, se determinó que el número de cargos definidos para el funcionamiento del hospital era muy alto, generando un sobre costo en la operación corriente, logrando establecer una planta de personal de 900 funcionarios.

- Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario enfocado a garantizar la seguridad del paciente.

- Mejoramiento progresivo de los indicadores de oportunidad en la atención de consulta médica especializada, atención del Triage y de la consulta de Urgencias.

- Se logró la implementación de la Política de Seguridad del paciente la cual se refleja en la calidad de la prestación del servicio.

- Cumplimiento del Plan de Compras y atención a procesos jurídicos.

- Puesta en marcha desde diciembre de 2015 de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Mujer la cual cuenta con 23 camas.

- Reapertura del Servicio de Ginecología el cual cuenta con 25 camas.

- Adquisición y puesta en funcionamiento de un tomógrafo axial computarizado de 32 cortes.

- La ESE avanzó en el mejoramiento y depuración del sistema de archivo de historias clínicas.

Que continúa la Superintendencia Delegada para Medidas Especiales, señalando en sus conclusiones:

“Así las cosas, y teniendo en cuenta el grado de avance de los hallazgos que dieron origen a la medida de intervención, la Superintendencia Nacional de Salud mediante NURC 2-2016- 070137, le informó al señor Gobernador del departamento del Tolima que pese a las acciones gerenciales del Agente Especial Interventor y de los esfuerzos del Gobierno nacional a través de la asignación de recursos del Fonsaet por \$6.151 millones, se requiere adoptar otras medidas de fondo tendientes a garantizar el pago gradual de los pasivos, entre las que encuentra el giro de los recursos asignados previamente por el departamento.

Adicionalmente se debe evaluar la propuesta presentada por el Agente Especial Interventor relacionada con la destinación de la sede El Limonar, que comprende varias opciones como la venta y el arrendamiento total o parcial de la misma, la cual se constituye en una posible fuente de financiamiento para el pago de los pasivos.

Cabe anotar que de no encontrarse alternativas bajo los términos antes planteados la entidad podría entrar en causal de liquidación.

En este sentido, se le informó al señor Gobernador en la comunicación antes mencionada que una vez llegado el vencimiento de la medida, se procedería a ordenar el levantamiento de esta y la entrega del Hospital al departamento, poniendo de presente que el ente territorial dentro del ámbito de sus competencias, debe disponer de los medios necesarios para continuar garantizando la adecuada prestación del servicio de salud.

Al respecto la Secretaria de Salud del departamento del Tolima mediante comunicación allegada vía correo electrónico el 24 de agosto de 2016, expuso ante esta Superintendencia la necesidad de un tiempo de cuatro (4) meses “para poder recibir de manera eficaz y eficiente cada uno de los servicios y áreas del Hospital Federico Lleras Acosta”.

Dado lo anterior, y en aras de garantizar la continuidad en la prestación del servicio dentro de los principios de subsidiariedad y complementariedad en el departamento del Tolima, la Superintendencia considera viable prorrogar por un término de cuatro (4) meses, la medida de intervención forzosa administrativa para administrar de la ESE Hospital Federico Lleras Acosta. (...)”.

Que en sesión del 26 de agosto de 2016, el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, recomendó al Superintendente Nacional de Salud sugerir al Gobierno nacional prorrogar el término de la medida de intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital Departamental Federico Lleras Acosta, por el término de cuatro (4) meses.

Que la Superintendencia Nacional de Salud considera importante resaltar los siguientes aspectos:

- “A pesar de reportarse avances en el pago de pasivos, la sostenibilidad financiera de la entidad depende de un flujo oportuno de recursos para el pago de sus obligaciones, tanto de la operación corriente como del rezago de vigencias anteriores, a través del mejoramiento del recaudo de la venta de servicios de salud y con la inyección de recursos por otras fuentes diferentes a su operación que le permitan ponerse al día en el pago de obligaciones con proveedores principalmente.

- El departamento le asignó recursos a la ESE en el marco del Programa de saneamiento Fiscal y Financiero por valor de \$20.000 millones, de los cuales se reporta por parte de la ESE el giro de \$14.000 millones, estando pendiente de giro \$6.000 millones. Para el año 2015 le fueron asignados la suma de \$10.000 millones y según lo informado por el Agente Especial Interventor mediante el NURC 1-2016-087624 no han sido girados.

- El departamento del Tolima mediante Ordenanza 032 de 2014, en su artículo 1° ordenó la transferencia a la ESE de \$10.000 millones para la vigencia de 2016 y la suma de \$10.000 millones para la vigencia 2017 destinados a la financiación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Los recursos correspondientes a la vigencia 2016 no han sido desembolsados.

- Por lo tanto, a efectos de continuar con la recuperación financiera de la entidad se hace indispensable que el departamento disponga de los mecanismos necesarios para que se materialice el giro de los recursos aprobados para el hospital y de esta manera logre disminuir los pasivos que le permitan estabilizar su operación, lo cual se verá reflejado además en la calidad del servicio prestado a los usuarios.

- Finalmente la entidad territorial, una vez llegado el vencimiento de la prórroga, deberá disponer de los medios necesarios para continuar garantizando la adecuada prestación del servicio de salud.

Que la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, emitió concepto técnico con el número 201623100205503 del 31 de agosto de 2016, con base en la información reportada por la Superintendencia Nacional de Salud, considerando viable autorizar la prórroga por cuatro (4) meses de la medida especial de intervención, atendiendo las provisiones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, dirigidas a lograr el cumplimiento de las líneas de acción trazadas.

Que se estima necesario prorrogar el término de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital Departamental Federico Lleras Acosta, del Municipio de Ibagué, departamento del Tolima, toda vez que aún persisten algunos de los supuestos tácticos que dieron origen a la medida, así como la obligación de garantizar a través de su normal funcionamiento, la adecuada prestación de los servicios de salud de la población a su cargo, teniendo en cuenta que se trata de una institución prestadora de servicios de salud de III Nivel.

Que conforme con lo expuesto, el Gobierno nacional con base en lo dispuesto en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999, autoriza la prórroga de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital Departamental Federico Lleras Acosta del Municipio de Ibagué, departamento del Tolima, por el término de cuatro (4) meses.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE;

Artículo 1°. Autorizar la prórroga del término de la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Hospital Departamental Federico Lleras Acosta del municipio de Ibagué, departamento del Tolima, hasta por el término de cuatro (4) meses, contados a partir del 3 de septiembre de 2016 hasta el 2 de enero de 2017, con sujeción a lo dispuesto en el inciso 3° del numeral 2 del artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, modificado por el artículo 22 de la Ley 510 de 1999 y el inciso 3° del numeral 2 del artículo 9.1.2.1.1 del Decreto 2555 de 2010.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud podrá disponer el levantamiento o la modificación de la medida de intervención, antes del vencimiento de la presente prórroga.

Artículo 2°. Comunicar la presente resolución al doctor Alfredo Julio Bernal Cañón, identificado con la cédula de ciudadanía número 79799508 de Bogotá, en calidad de Agente Especial Interventor de la ESE Hospital Departamental Federico Lleras Acosta, al Gobernador del departamento del Tolima y al Superintendente Nacional de Salud.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Comuníquese, publíquese, y cúmplase.

Dada en Bogotá, D.C., a 1° de septiembre de 2016.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 003951 DE 2016

(agosto 31)

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

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, parágrafo 4° del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, los numerales 30 del artículo 2° y 20 del artículo 6° del Decreto-ley 4107 de 2011 y el literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015

CONSIDERANDO:

Que la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos para su protección y acceso fueron regulados mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en cuyo artículo 6° se contemplaron los elementos y principios esenciales del citado derecho, del que hace parte según el literal k) el de eficiencia, en virtud del cual “El sistema de salud debe procurar por la

mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población”.

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

Que en el marco de dicha autonomía, prevalece el principio *pro homine* consagrado en el artículo 6° de la precitada Ley Estatutaria en Salud, en virtud del cual, todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben adoptar la interpretación de las normas vigentes que resulten más favorables para la protección del derecho fundamental en salud de todas las personas, y en razón de ello, el acto médico debe propender por el bienestar de los pacientes en Colombia para lo cual, de manera excepcional, los profesionales de la salud podrán prescribir medicamentos con segundos usos o indicaciones no incluidas en el registro sanitario autorizado por el Invima, siempre que existiere evidencia científica sobre la seguridad y eficacia clínica del uso del medicamento que soporte dicha prescripción.

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

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

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012, sin perjuicio de los mecanismos alternativos de solución de conflictos establecidos en la ley, cuando se presenten divergencias recurrentes por las glosas aplicadas en la auditoría efectuada a los cobros ante el Fosyga, por cualquier causa, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos o procedimientos orientados a su solución, siempre y cuando no haya transcurrido el plazo de caducidad establecido para la acción de reparación directa en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Que el mecanismo de saneamiento de cuentas por cobro cuando se presenten divergencias recurrentes fue reglamentado mediante el Decreto 1865 de 2012 hoy compilado en el Decreto 780 de 2016, el cual en sus artículos 2.6.1.1.3.1 y siguientes, estableció el trámite para la solución de las mismas, indicando que la entidad recobrante presentará la solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, esgrimiendo los criterios objetivos que sustentan la divergencia recurrente, quien evaluará y decidirá sobre lo solicitado.

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

Que la Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 ordenó adoptar las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, con el objetivo primordial de garantizar el acceso efectivo a la salud de todos los colombianos, el cual está concebido desde la formulación e implementación eficiente de la atención en salud con observancia de los estándares de integralidad, continuidad y calidad.

Que posteriormente a través del Auto de Seguimiento 071 de 2016, la Corte Constitucional ordenó rediseñar de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.

Que a partir de las consideraciones jurídicas antes expuestas, y en aras de garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los afiliados del Régimen Contributivo, se hace necesario contar con un instrumento jurídico único que precise conceptos y términos.

Que en atención a lo anterior, el presente acto administrativo entrará en vigencia a partir de su publicación; pero sus disposiciones serán exigibles desde el primero (1°) de diciembre de 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución número 5395 de 2013, salvo lo previsto en el Título II que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC suministradas a los afiliados del régimen subsidiado.

Que en consecuencia, la Resolución número 3435 de 2016 “por la cual se modifican los artículos 16, 26, 34 y 38 de Resolución 5395 de 2013”, regirá hasta el 30 de noviembre de 2016.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

Artículo 1°. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC); fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación

de cobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a los profesionales de la salud y demás Entidades Recobrantes que suministren a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y que deban recobrarlos al Fosyga o a quien haga sus veces.

Artículo 3°. *Definiciones*. Para efectos de la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

1. Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. Recobro. Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.

3. Cobro. Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.

4. Entidad recobrante. Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

5. Tecnología en salud. Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 5592 de 2015 o la norma que la modifique o adicione.

6. Servicio único. Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

7. Servicio sucesivo. Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.

8. Servicios o tecnologías complementarias. Corresponde a un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

9. Servicio ambulatorio priorizado. Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

10. Servicios no financiados con recursos del Sistema de Salud. Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios:

- i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas;
- ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia;
- iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- v) Que se encuentren en fase de experimentación;
- vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

11. Soporte nutricional. Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.

12. Junta de Profesionales de la Salud. Grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.

13. Médico (o profesional) par. Es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un subespecialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la subespecialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

14. Usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS). Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el Invima.

15. Enfermedades huérfanas. Las enfermedades huérfanas según el artículo 2° de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas.

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

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

Artículo 4°. *Responsabilidades de los actores.* El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, es responsabilidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. Profesional de la salud. Corresponde a los profesionales de salud la prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y su reporte, según la pertinencia y la necesidad, de acuerdo con lo previsto en la presente resolución y demás normativa vigente y aplicable.

2. Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC). Corresponde a las EPS y EOC garantizar el suministro oportuno a través de la red de prestadores definida de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud; recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones; realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación; realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia y, reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de los servicios o tecnologías de que trata esta resolución.

3. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Es responsabilidad de las IPS prestar los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS y EOC, brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones, así como las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

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

5. Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sispro. Le corresponde al Ministerio a través del Sispro facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización del aplicativo de reporte de que trata la presente resolución, así como el análisis de la información resultante del proceso de suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios con cargo a la UPC.

TÍTULO II

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

CAPÍTULO I

REPORTE DE PRESCRIPCIÓN

Artículo 5°. Reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. La prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC será realizada por el profesional de la salud, el cual debe hacer parte de la red definida por las EPS-EOC, a través del aplicativo que para tal efecto disponga este Ministerio, el cual operará mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) con diligenciamiento en línea o de acuerdo con los mecanismos tecnológicos disponibles en la correspondiente área geográfica.

De manera excepcional, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) serán responsables de adelantar el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuando estos sean ordenados mediante fallos de tutela en caso de que se requiera, por situaciones de contingencia o para registrar las decisiones adoptadas por las Juntas de Profesionales de la Salud.

Parágrafo 1°. Una vez se finalice el diligenciamiento de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el aplicativo de que trata el presente artículo, asignará un número de prescripción, el cual deberá reportar la entidad recobrante en la presentación del recobro/cobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.

Parágrafo 2°. Para todos los efectos, la prescripción efectuada en el aplicativo será equivalente a la orden y/o fórmula médica, la información será diligenciada una única vez por el profesional de la salud y el referido instrumento permitirá la impresión de la misma para la respectiva entrega al usuario.

Parágrafo 3°. En ningún caso las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) podrán seleccionar de manera discrecional los profesionales de la salud que realizarán la prescripción, ni podrán restringir la autonomía de los mismos.

Parágrafo 4°. Cuando exista urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada ley, el profesional de la salud tendrá la posibilidad de decidir sobre el servicio o la tecnología a utilizar, previa verificación del cumplimiento de lo establecido en la presente resolución. En todo caso, el profesional de la salud deberá reportar la prescripción en dicho aplicativo.

Artículo 6°. *Requisitos para acceder al aplicativo de reporte de prescripción.* El ingreso al aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la cual será solicitada ante este Ministerio por cada profesional de la salud,

quien para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS); por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales deberán encontrarse habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); por las Entidades Promotoras de Salud (EPS); por las Entidades Obligadas a Compensar (EOC); por las entidades de inspección, vigilancia y control, por las Direcciones Territoriales de Salud y las demás que lo requieran de conformidad con el protocolo que para el efecto expida la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC).

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

Parágrafo 2°. Cuando se trate de profesionales de la salud en Servicio Social Obligatorio, para realizar la prescripción de servicios o tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, deberán estar asignados en una plaza aprobada, identificada con el Código Único de Identificación de Plazas de Servicio Social Obligatorio (CUIP) y debidamente actualizada por las Secretarías de Salud en el aplicativo dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social, en concordancia con lo señalado en el artículo 12 de la Resolución 1058 de 2010.

Parágrafo 3°. El usuario y la clave de acceso al aplicativo para el reporte de la prescripción de servicios o tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que es solicitada ante este Ministerio, es personal e intransferible y tanto la información registrada, como los procesos informáticos realizados en la misma, tienen plena validez jurídica. La asignación del nivel de acceso a la información que tendrán los actores mencionados en el presente artículo, estará supeditada a las competencias de cada entidad.

Parágrafo 4°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), serán responsables, en el marco de sus competencias, de garantizar la infraestructura tecnológica necesaria para el funcionamiento del aplicativo a que refiere este artículo.

Artículo 7°. *Consulta de la información de las prescripciones de servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC reportadas en el aplicativo.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los profesionales de la salud, podrán consultar únicamente las prescripciones de sus afiliados o las realizadas por ellos mismos.

Parágrafo. El reporte de la prescripción que realiza el profesional de la salud y por tanto, la decisión tomada por este, así como los datos allí consignados, no podrán ser modificados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Obligadas a Compensar (EOC) o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), quienes tampoco podrán solicitar soportes adicionales para efectos del suministro del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 8°. *Tratamiento de la información.* Las entidades que participen en el reporte de las prescripciones o que tengan acceso a la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen, adiciónen o sustituyan, en virtud de las cuales se harán responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y de los datos a los que tengan acceso.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá el acceso a la información a través del aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, garantizando la protección de datos personales de acuerdo con la competencia de las entidades que lo soliciten.

Parágrafo 2°. La información reportada por el profesional de la salud, será dispuesta a través de mecanismos seguros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces y de manera agregada, a los organismos de inspección, vigilancia y control que lo requieran.

Artículo 9°. *Requisitos para realizar la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá en cualquier caso observar los siguientes requisitos:

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

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

3. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre definida en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) en el caso de los procedimientos en salud.

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

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

6. Que la prescripción y uso de los medicamentos de la lista denominada UNIRS es responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria la IPS. En todo caso deberá mediar el respectivo consentimiento informado por parte del paciente o su representante.

7. Que los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no correspondan o tengan propósito cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica, que se encuentren en fase de experimentación, o que requieran ser prestados en el exterior.

8. Consignar de forma expresa en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo posterior para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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

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

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

3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, este debe estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el Invima o quien haga sus veces. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.

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

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

6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución 4678 de 2015 y la Resolución 1352 de 2016, y las normas que las modifiquen, adicione o sustituyan.

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

Artículo 11. *Prescripciones de servicios o tecnologías complementarias.* Cuando el profesional de la salud prescriba alguno de los servicios o tecnologías complementarias, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en el siguiente capítulo y atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

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

2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin.

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

4. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

Artículo 12. *Prescripciones de soporte nutricional.* Cuando se trate de la prescripción de servicios y tecnologías para soporte nutricional y estos no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, dichos servicios deberán ser prescritos únicamente mediante el aplicativo de que trata la presente resolución, atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. En cualquier caso, los profesionales médicos podrán prescribir servicios o tecnologías en salud para soporte nutricional mediante el aplicativo mencionado.

2. Las prescripciones para soporte nutricional podrán ser ordenadas por el profesional en nutrición y dietética, debidamente inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), en el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, siempre y cuando exista una prescripción médica que ordene la valoración por la mencionada profesión.

3. En caso de que el profesional en nutrición y dietética ordene servicios para soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito ambulatorio, serán analizados por la Junta de Profesionales de la Salud de que trata la presente resolución.

4. En caso de que el profesional en nutrición y dietética ordene servicios para soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito hospitalario, serán autorizados de manera directa una vez sean prescritos.

Artículo 13. *De las prescripciones en el ámbito de atención ambulatoria.* Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito de atención ambulatoria deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. La prescripción podrá efectuarse hasta por un término máximo de tres (3) meses. Si la respuesta al tratamiento es favorable, el profesional de la salud determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el

Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.

2. Tratándose de pacientes con enfermedades crónicas, respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por doce (12) meses. Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no del servicio o de la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por el aplicativo web y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud, por lo tanto el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.

4. Sin perjuicio de que la entidad responsable del afiliado, realice el suministro de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de conformidad con los tiempos definidos en el presente acto administrativo, la prescripción tendrá una vigencia de quince (15) días calendario para el servicio ambulatorio priorizado, de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio y tratándose de un servicio ambulatorio sucesivo la vigencia será la prescrita por el profesional de la salud. En el caso de procedimientos únicos la vigencia será de 90 días calendario.

Artículo 14. *De las prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria.* Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito hospitalario de atención deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. En casos de urgencia vital, la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC podrá efectuarse de forma posterior hasta por un término máximo de 12 horas siguientes a la atención.

2. En caso de servicios hospitalarios con internación, específicamente para el caso de medicamentos o soporte nutricional, en donde exista imposibilidad para el cálculo de la duración y cantidad del tratamiento atribuible a la condición clínica del usuario, la prescripción podrá efectuarse el día del egreso hospitalario contabilizando la totalidad del medicamento o soporte nutricional suministrado. En caso de que la estancia hospitalaria sea prolongada, la prescripción se realizará registrando en el aplicativo lo suministrado cada 8 días calendario.

3. Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 2 del presente artículo, el profesional de la salud deberá registrar en la historia clínica, el plan de tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.

4. El registro de la prescripción en el aplicativo de que trata la presente resolución, para los casos mencionados en el numeral 2 del presente artículo, lo realizará el profesional de la salud responsable del egreso hospitalario.

Artículo 15. *Responsabilidad de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* El profesional de la salud que observando los requisitos y criterios establecidos en la presente resolución, realice la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y consecuentemente, efectúe el respectivo reporte en el aplicativo de que trata este acto administrativo, asumirá de forma directa la responsabilidad de la prescripción efectuada en el marco de su autonomía para el diagnóstico y tratamiento del paciente, que por disposición expresa del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, habrá de ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

Parágrafo. Cuando la prescripción de los servicios y tecnologías en salud de que trata el presente acto administrativo se realice por un profesional de la salud que presta sus servicios a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, esta será igualmente responsable de acuerdo con el marco normativo enunciado.

Artículo 16. *Imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* Cuando se presenten circunstancias que imposibiliten el acceso al aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin. Si esta es realizada por un profesional de la salud que pertenece a una Institución Prestadora de Servicios ésta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito, máximo dentro de las siguientes 24 horas a la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, este será quien realice dicho trámite.

Parágrafo 1°. El profesional de la salud deberá entregar al usuario el formulario mencionado en el presente artículo, debidamente diligenciado y este será equivalente a la orden o fórmula médica.

Parágrafo 2°. La entidad responsable del afiliado no se podrá negar a recibir las prescripciones que se generen por la imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, y por lo tanto, deberá suministrarlas dentro de los plazos previstos en esta resolución.

Parágrafo 3°. Este Ministerio dispondrá de una mesa de ayuda para los temas relacionados con el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 17. *De las modificaciones de las prescripciones realizadas.* En caso excepcional, de requerirse la modificación de una prescripción generada en el aplicativo, esta podrá ser realizada solamente por el profesional de la salud que realizó la prescripción inicial dentro de las 24 horas siguientes al primer reporte. Si dicha novedad no se efectúa en este tiempo, deberá realizarse una nueva prescripción, registrando la observación pertinente respecto a la prescripción inicialmente realizada, solicitando la anulación de la misma.

Artículo 18. *Solicitudes de anulación de prescripciones realizadas.* En caso excepcional, de requerirse la anulación de una prescripción generada en el aplicativo, esta deberá ser solicitada por el profesional de salud que la realizó inicialmente mediante el aplicativo, la cual será tramitada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, quien la hará efectiva a través del delegado que designe para tal efecto. Es necesario tener en cuenta que al solicitar la anulación, esta se realiza para todos los ítems prescritos dentro de la misma.

Parágrafo. En cualquier caso, el profesional de la salud que haya realizado la prescripción y solicite su anulación, manifestará de forma expresa el motivo por la cual se requiere la misma.

Artículo 19. *Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones.* Cuando por dificultades técnicas de acceso al aplicativo de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin, la entidad responsable del afiliado, una vez reciba la copia de dicho formulario por parte del profesional de la salud o IPS, deberá proceder a su reporte en dicho aplicativo mediante el módulo dispuesto para su acceso, en un término no superior a 24 horas. La entidad responsable del afiliado, deberá realizar la transcripción de la prescripción realizada por el profesional de la salud, de conformidad con lo registrado por este en el formulario mencionado en el artículo 16 de esta resolución.

CAPÍTULO II

Juntas de Profesionales de la Salud

Artículo 20. *Juntas de Profesionales de la Salud.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio y medicamentos del listado UNIRS.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar otros servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para que sean evaluados y analizados por la Junta de Profesionales de la Salud, de que trata la presente resolución, bajo criterios médicos y técnicos de conformidad con los protocolos establecidos por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Artículo 21. *De los integrantes de las Juntas de Profesionales de la Salud.* Las Juntas de Profesionales de la Salud estarán conformadas por al menos tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser profesional par del prescriptor.

Artículo 22. *Responsabilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).* Cuando se trate de una IPS que preste servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, deberá conformar la Junta de Profesionales de la Salud de que trata el presente capítulo. A las IPS les corresponderá:

1. Disponer los mecanismos necesarios para garantizar el funcionamiento de la Junta de Profesionales de la Salud, de conformidad con los integrantes establecidos en la presente resolución, para dar la respuesta, de cada caso particular, en los tiempos previstos en esta resolución.
2. Reportar oportunamente la decisión tomada por la Junta en el aplicativo que el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá para ello.
3. Garantizar que bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), hagan parte de Juntas, así sean profesionales de la salud.
4. Instaurar mecanismos para evitar que los miembros de las Juntas de Profesionales de la Salud reciban reconocimientos en especie o económicos de compañías productoras y distribuidoras de tecnologías en salud.

Artículo 23. *Criterios de análisis de la Junta de Profesionales de la Salud.* Cuando los profesionales de la salud realicen solicitudes de servicios o tecnologías en salud complementarias, de soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos del listado UNIRS, mediante el aplicativo dispuesto para ello, las Juntas recibirán la solicitud y tendrán en cuenta para el análisis de cada caso en particular, los siguientes criterios:

1. Que la condición clínica del paciente se correlaciona claramente con la solicitud efectuada.
2. Que el servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular.
3. Que la solicitud efectuada se realice y se preste en el territorio colombiano.
4. Que la solicitud realizada esté de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis.
5. Que el servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país.
6. Que en caso de tratarse de medicamentos del listado UNIRS, exista el consentimiento informado por parte del paciente o su representante.
7. Que la decisión que toma la Junta de Profesionales es concordante con los criterios jurisprudenciales señalados por la Honorable Corte Constitucional sobre el tema.

Artículo 24. *Tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud.* La Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar que dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud de profesional de la salud, la Junta de Profesionales de la Salud se pronuncie en relación con la decisión adoptada. Una vez la entidad responsable del afiliado conozca la decisión de la Junta y la misma sea de aprobación, a partir de dicho momento se tendrán en cuenta los tiempos previstos en el artículo 32 de la presente resolución para la garantía del suministro.

Artículo 25. *Contenido del Acta de la Junta de Profesionales de la Salud.* Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:

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

Artículo 26. *Comunicación de la decisión y obligación de reportarla.* La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, sin perjuicio del diligenciamiento en físico del acta correspondiente, comunicará a más tardar en 24 horas la decisión adoptada a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo de prescripción previsto en esta resolución, dicha decisión para que se genere el respectivo número de prescripción.

Parágrafo. Las IPS delegarán el registro de la decisión tomada por la Junta de Profesionales de la Salud en el módulo del aplicativo de que trata la presente resolución. Para esto, crearán una Secretaría Técnica al interior de la misma, la cual será representada por un profesional de la salud debidamente inscrito en ReTHUS.

Artículo 27. *Periodicidad de las decisiones de la Junta de Profesionales de la Salud.* En los casos en los cuales se trate de una prescripción que requiere análisis de la Junta de Profesionales de la Salud, y la misma sea ordenada de forma sucesiva, dicha Junta emitirá su decisión a través de un único concepto anual, o de acuerdo con el tiempo de tratamiento ordenado para cada paciente y por cada una de las prescripciones efectuadas. En ningún caso la autorización y concepto favorable podrá ser por tiempo indefinido.

Parágrafo. Sin perjuicio de tratarse de una prescripción sucesiva de tecnologías, cuando el medicamento esté incluido en el listado UNIRS, siempre deberá existir el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.

Artículo 28. *Elaboración de protocolos y guías.* Las IPS que presten servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y por lo tanto deban conformar Juntas de Profesionales de la Salud, generarán a partir de los conceptos emitidos para los distintos servicios analizados, doctrina que será remitida a la Superintendencia Nacional de Salud para la elaboración de protocolos y guías.

Artículo 29. *Registro en caso de usuarios con fallos de tutela.* Cuando mediante un fallo de tutela se hayan ordenado servicios complementarios o de soporte nutricional de tipo ambulatorio y medicamentos del listado UNIRS, estos no requerirán análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud y deberán ser trascritos por parte del profesional de la salud de la Entidad Promotora de Salud-EPS en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto por este Ministerio.

CAPÍTULO III

Garantía del suministro de las prescripciones por servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

Artículo 30. *Garantía del suministro.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), consultarán el aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito por el profesional de la salud, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción de servicios o tecnologías a que hace referencia el artículo 20 de la presente resolución, en cuyo caso la autorización estará dada por la Junta de Profesionales de la Salud y en el evento de ser aprobado deberá suministrarse.

Parágrafo 1°. En ningún caso la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento del aplicativo o por la prescripción realizada mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, y en todo caso deberán implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, así como garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones.

Parágrafo 3°. Tanto los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, prescritos y suministrados deberán realizarse mediante la red definida por la EPS de acuerdo con la normativa vigente en la materia.

Parágrafo 4°. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán cada 8 días reportar a este Ministerio, de acuerdo con la metodología que se defina, la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo a cada usuario del servicio o tecnología prescrito por el profesional de la salud. En el evento de no reportar esta información, se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias.

Artículo 31. *Información a los usuarios del suministro.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar las condiciones tecnológicas, administrativas y operativas indispensables para informar oportunamente a los afiliados a quienes se les haya prescrito servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la fecha, dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado.

Artículo 32. *Tiempos de suministro.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar el suministro efectivo al afiliado del servicio o la tecnología en salud no cubierta con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

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

2. **Atención con internación y atención de urgencias.** Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC requeridos de forma intrahospitalaria por internación del usuario, cuando exista urgencia vital, o cuando se trate de las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley, el profesional de la salud realizará la prescripción conforme a lo dispuesto en esta resolución, y la entidad responsable del afiliado garantizará el suministro en un tiempo máximo de 24 horas.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá constar en la historia clínica y en el aplicativo y en ningún caso se podrán generar barreras de acceso al servicio por situaciones administrativas.

Parágrafo 1°. En el caso de medicamentos, procedimientos o insumos que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales, entre otros, deberá garantizarse su suministro en un término prudencial, sin dilaciones, en cumplimiento del principio de oportunidad de que trata el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015. En el caso de medicamentos vitales no disponibles, este tiempo no podrá exceder los 15 días calendario. En cualquier caso, deberá garantizarse la continuidad en la prestación del servicio de salud y el suministro del medicamento correspondiente de tal manera que no se afecte la adherencia al tratamiento y ponga en riesgo la salud del paciente.

Parágrafo 2°. En caso de servicios sucesivos el número de prescripción generado por el aplicativo será válido para realizar las entregas hasta por un año de acuerdo con la prescripción realizada, para lo cual el usuario asistirá a una única consulta.

Parágrafo 3°. El incumplimiento de los plazos establecidos en la presente resolución será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la normativa vigente.

Parágrafo 4°. Para todos los efectos se deberán tener presente lo señalado en el artículo 13 de esta resolución.

TÍTULO III

DOCUMENTOS Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECROBRO Y COBRO

Artículo 33. *Documentos generales para la presentación de recobros/cobros.* Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fosyga o la entidad que haga sus veces, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.

2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.

3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados tanto de los servicios o tecnologías en salud cubiertas como de las no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable.

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

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

1. Formatos de solicitud de recobro que para el efecto establezca el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.

2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.

3. Documento soporte donde se evidencie la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 35. *Requisitos esenciales para la etapa de auditoría integral.* Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por el Fosyga o quien haga sus veces, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho.

2. La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prestación.

3. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela

4. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.

5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponde al Fosyga o quien haga sus veces y se presenta por una única vez.

6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se realiza al Fosyga o quien haga sus veces en el término establecido.

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

8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente.

Artículo 36. *Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud.* Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud, donde se solicite el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, además de los documentos de que tratan los artículos 33 y 34 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

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

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

a) Si se trata de un medicamento, este debe venir reportado en CUMS e identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, mediante la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico

Terapéutico Químico (ATC). En todo caso los demás campos asociados al medicamento que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe venir reportado en CUMS, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, indicar el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC). En todo caso los demás campos asociados al comparador administrativo deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

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

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

3. Cuando el servicio solicitado por el profesional de la salud corresponda a una tecnología complementaria, de soporte nutricional de tipo ambulatorio deberá adjuntar el Acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada. Para el caso de medicamentos del listado UNIRS además de la mencionada acta deberá adjuntar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

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

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

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

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

Artículo 37. *Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de tutela.* Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 33 y 34 de la presente resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de reporte que soporta la presentación de la solicitud de recobro.

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

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

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

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

Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe venir reportado en CUMS, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, indicar el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC). En todo caso los demás campos asociados al comparador administrativo deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

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

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

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

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

médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantas.

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

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

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

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

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

Artículo 38. *Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente.* La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá especificar:

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 1°. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se presenten ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, solo se tramitarán cuando el monto supere un cuarto del salario mínimo legal mensual vigente (0,25 smmlv).

Para los recobros por atenciones/prestaciones identificadas como sucesivas, las entidades recobrantas presentarán por afiliado una única solicitud mensual de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prestados, cuyo valor corresponda como mínimo al monto señalado en el inciso anterior. Dicha solicitud deberá acompañarse de una certificación en la cual se relacionen las facturas de dichos servicios o tecnologías en salud, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda. Esa certificación se podrá presentar por el consolidado de recobros.

Los recobros por atenciones/prestaciones, cuyo costo sea menor o igual al cuarto del salario mínimo legal mensual vigente de que trata el presente parágrafo, se presentarán ante el Fosyga o quien haga sus veces, siempre y cuando se compruebe que corresponde a un servicio no sucesivo para un afiliado, mediante la validación de información que se realizará con los datos registrados en el aplicativo.

En cualquier caso y para efectos de lo previsto en el presente parágrafo, las entidades recobrantas solo podrán presentar por afiliado o usuario, una única solicitud por tipo de recobro, por cada período de radicación.

Parágrafo 2°. Cuando se trate de recobros o cobros por medicamentos importados, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

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

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

Parágrafo 3°. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada por el representante legal de la entidad recobrante, lo que se entenderá efectuado bajo la gravedad de juramento con la presentación de dicha certificación, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Parágrafo 4°. Para efectos del recobro/cobro por servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, suministradas por Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

TÍTULO IV

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

Artículo 39. *Etapas del proceso de verificación y control.* Las solicitudes de recobro/cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas:

1. Preradicación
2. Radicación
3. Preauditoría
4. Auditoría integral
5. Pago

CAPÍTULO I

Etapas de preradicación

Artículo 40. *Objeto de la etapa de preradicación.* El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales que pudieren estar cursando.

Artículo 41. *Iniciación de la etapa de preradicación.* Esta etapa inicia con el registro vía web que efectúa la entidad recobrante respecto de la información correspondiente a cada solicitud de recobro/cobro, en el sistema y con las instrucciones que para el efecto implemente e imparta el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe.

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

Artículo 42. *Validación de la información registrada.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto validará la información registrada por la entidad recobrante, mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

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

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

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

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

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

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

Artículo 44. *Finalización de la etapa de preradicación.* La etapa de preradicación finaliza satisfactoriamente cuando la entidad recobrante dispone de los formatos de solicitud de recobro que correspondan para la radicación.

Los formatos de radicación de las solicitudes de recobros que corresponda podrán ser presentados de manera impresa o magnética, suscritos por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda; este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

CAPÍTULO II

Etapas de radicación

Artículo 45. *Objeto de la etapa de radicación.* El objeto de esta etapa es presentar ante el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, los formatos solicitud de recobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético a que refiere se la presente resolución, según corresponda.

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

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

Artículo 46. *Presentación de los soportes.* Los soportes de las solicitudes de recobro/cobro podrán presentarse en medio magnético o impreso, conforme a las especificaciones técnicas definidas, por el Fosyga o quien haga sus veces.

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

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

CAPÍTULO III

Etapa de preauditoría

Artículo 47. *Objeto de la etapa de preauditoría.* El objeto de esta etapa es verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales de que trata el artículo 35.

Artículo 48. *Cotejo de información y su resultado.* Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro/cobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, el Fosyga o la entidad que haga sus veces cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

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

1. Existencia de sobrantes o faltantes de solicitudes de cada recobro/cobro.
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro/cobro.
3. Ausencia del número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones de prestaciones no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro/cobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.
7. Cuando se evidencie la falta de consistencia entre lo reportado en el medio magnético y los soportes documentales allegados en el recobro. Para tal efecto, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces definirá los campos del anexo sobre los cuales se realizará esta validación.

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

Parágrafo. Si se cumplen los tres (3) años a que se refiere el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o las normas que modifique, sustituya o adicione, para presentar la solicitud de recobros/cobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, y dicha solicitud de recobro radicada oportunamente es objeto de anulación en la etapa de preauditoría, la entidad recobrante podrá presentarla por una única vez en el periodo de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre entrega de la documentación, evento en el cual se entenderá radicado en término. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

CAPÍTULO IV

Etapa de auditoría integral

Artículo 49. *Objeto de la etapa de auditoría integral.* El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.

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

Artículo 50. *Resultado del proceso de auditoría integral.* El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro será:

1. **Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tendrá las siguientes variables:
 - a) **Aprobado total:** Cuando todos los ítems del recobro/cobro cumplan con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
 - b) **Aprobado con reliquidación:** Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro/cobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado/cobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.
 - c) **Aprobado parcial:** Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro/cobro.
2. **No aprobado:** Cuando la totalidad de ítems del recobro/cobro no cumplan con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

CAPÍTULO V

Comunicación de los resultados de la auditoría integral

Artículo 51. *Comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes.* El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro/cobro se comunicará por el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, al representante legal de la entidad recobrante, así:

1. Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, mediante correo enviado a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante.
2. En documento físico que se enviará al domicilio informado por la misma, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. Se conservará copia de la constancia de envío.

Artículo 52. *Contenido de la comunicación.* La comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes deberá contener la siguiente información:

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

c) La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.

d) Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Artículo 53. *Objeción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría.* La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

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

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

Artículo 54. *Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría.* Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y solo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

La corrección deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro/cobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría.

En todo caso se presentarán en los formatos definidos para tal fin, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

Artículo 55. *Imposibilidad de realizar nuevas radicaciones como mecanismo de objeción o subsanación.* Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de las mismas, deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos de que tratan los artículos anteriores y deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.

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

Artículo 56. *Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada.* El Fosyga o la entidad que se autorice para el efecto dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación del correspondiente documento. El pronunciamiento que se efectúe se considerará definitivo.

TÍTULO V

TÉRMINOS Y PLAZOS

Artículo 57. *Término para la presentación de las solicitudes de recobro/cobro.* Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de prerradicación y radicación de las solicitudes de recobro/cobro ante el Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

Artículo 58. *Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro/cobro.* Las entidades recobrantes deberán radicar las solicitudes de recobro/cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo con el cronograma, condiciones y cupos que establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

La citada Dirección o quien haga sus veces podrá establecer los cupos mensuales de radicación de recobros para cada entidad recobrante. Dichos cupos de radicación se podrán establecer en función de los históricos relacionados con cantidades y valores de recobro, número de usuarios, tipo de recobros, régimen y los demás parámetros que se consideren relevantes para fijarlos.

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

Parágrafo 2°. Aquellos recobros/cobros que según corresponda cumplan el plazo para su presentación en el término de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012 o el previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el periodo de radicación inmediatamente siguiente.

Artículo 59. *Plazo para adelantar las etapas del proceso de preauditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente.* El Fosyga o la entidad que se defina para el efecto deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del periodo de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro/cobro.

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

Artículo 60. *Días habilitados para la radicación de las objeciones y subsanaciones.* El período habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones de los resultados de auditoría corresponderá a los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones y subsanaciones que cumplan los dos (2) meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

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

TÍTULO VI

PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO

Artículo 61. *Financiación.* De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud se financiarán con los recursos del Fosyga o quien haga sus veces.

Artículo 62. *Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros/cobros.* El Fosyga o quien haga sus veces efectuará, a más tardar el octavo (8) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral a favor de las entidades recobrantes de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Los cálculos de este valor se realizarán, teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Parágrafo. En todo caso, la ordenación del gasto y autorización del giro de que trata el presente artículo estará supeditada a que el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces y que el interventor del contrato de encargo fiduciario o quien haga sus veces remitan certificación sobre el valor a girar y concepto de procedibilidad de giro, respectivamente.

El giro de los recursos de los que trata el presente artículo estará sujeto al Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC), por lo cual los recursos que girar serán determinados, de acuerdo con el flujo de ingresos y gastos derivados de la ejecución del proceso de compensación de que trata el artículo 2.6.1.1.1 y siguientes del Decreto 780 del 2016. Cuando los recursos disponibles resulten insuficientes respecto al monto total del giro previo, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces ordenará el gasto y autorizará el giro hasta por el monto disponible, priorizando el giro a la red prestadora de servicios.

Artículo 63. *Requisitos para el giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.* El giro de recursos previo al proceso de auditoría integral procederá únicamente cuando la entidad recobrante cumpla los siguientes requisitos:

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

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

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

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

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

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

Parágrafo. Las entidades recobrantes para acceder al giro de recursos de manera previa a la auditoría integral deberán remitir los documentos señalados en el presente artículo en los términos y formatos que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Artículo 64. *Entidades exceptuadas de la medida de giro previo.* Las entidades recobrantes que se encuentren incursas en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento en salud no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.

Artículo 65. *Monto a reconocer y pagar por recobro/cobro de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* El monto a reconocer y pagar por recobros/cobros de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se determinará sobre el precio de compra al proveedor, considerando los valores de reconocimiento o los precios de medicamentos regulados, según aplique, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. Medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.

El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos cubiertos en dicho Plan del mismo grupo químico, farmacológico o terapéutico que se reemplaza(n).

Cuando el medicamento no cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC recobrado tenga establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por

dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

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

Valor Calculado = P * Q, en donde:

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

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

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

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

2. Procedimientos en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.

El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

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

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

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

El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología o vía de acceso cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, considerando el principio de eficiencia consagrado en la Ley 1751 de 2015 y según determine este ministerio.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del Manual Único Tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, se tomarán como referencia las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

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

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

Parágrafo 1°. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, en el evento que el valor facturado sea mayor al precio máximo, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del mismo grupo químico, farmacológico o terapéutico que lo reemplaza(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el Fosyga o quien haga sus veces, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Parágrafo 2°. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, el Fosyga o quien haga sus veces reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el Fosyga o quien haga sus veces; el valor de la cuota moderadora o copago que las Entidades Promotoras de Salud hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Parágrafo 3°. Cuando el valor solicitado del servicio o el tratamiento con la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, calculado por evento o per cápita sea menor o igual al monto calculado por evento o per cápita para su respectivo comparador administrativo, se deberá entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro/cobro.

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

Artículo 66. *Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas con reliquidación.* El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro/cobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro/cobro.

2. Cuando el valor recobrado de los servicios o las tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea superior al valor máximo que se determine.

3. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras.

Artículo 67. *Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas parcialmente.* El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces pagará parcialmente la solicitud del recobro, cuando se configure alguna de las siguientes causales:

1. Cuando como consecuencia de las solicitudes del profesional de la salud o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

Artículo 68. *Procedencia de giro a proveedores de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* Las entidades recobrantes que se acojan a la excepción prevista en el numeral 6 del artículo 38 de la presente resolución podrán autorizar el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato debidamente diligenciado, mediante el cual, el representante legal de la entidad recobrante autoriza al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o a quien haga sus veces a girar al proveedor, en nombre de la entidad recobrante, los recursos a que se refiere este artículo, a la cuenta bancaria que el proveedor haya registrado.

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

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

TÍTULO VII DIVERGENCIAS RECURRENTE CAPÍTULO I Presentación

Artículo 69. *Definición.* Se entiende por divergencias recurrentes las diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social (Fosyga) o quien haga sus veces, respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.

Artículo 70. *Requisitos para la solicitud del trámite de la divergencia recurrente.* Los requisitos que deben observar las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de trámite de divergencia recurrente son los siguientes:

1. La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y este Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, respecto de glosas que hayan sido aplicadas a recobros en más de un período de radicación.

2. Las entidades recobrantes solicitarán, describirán y sustentarán la diferencia conceptual, soportada fácticamente y con criterios objetivos de carácter técnico y/o legal en los formatos que determine el Fosyga o quien haga sus veces.

3. La solicitud de divergencia recurrente deberá ser presentada por las entidades recobrantes a más tardar dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de la primera notificación del rechazo o devolución del recobro.

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

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

Artículo 71. *Trámite y procedimiento de la divergencia recurrente.* Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causal, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto adelantará el siguiente procedimiento:

1. Confirmará que la solicitud radicada para el trámite por una diferencia conceptual se presenta en una entidad recobrante y el Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, respecto de glosas aplicadas a recobros en más de un período de radicación.

2. Verificará que la solicitud cumpla con los requisitos previstos en el artículo 70 de la presente resolución.

3. Definirá el criterio de auditoría mediante el cual se resuelva la divergencia recurrente, para lo cual, deberá tener en cuenta los conceptos que emitan las dependencias o entidades del Gobierno nacional que tengan funciones afines con los asuntos presentados en la solicitud.

4. Cuando se resuelva una divergencia recurrente a favor de la entidad que presentó la solicitud, tanto esta como las demás entidades recobrantes que presenten la misma situación que fue objeto de decisión, podrán radicar las solicitudes de recobro, en los períodos que establezca el Fosyga o quien haga sus veces.

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

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

Artículo 72. *Requisitos generales para la radicación de solicitudes de recobros objeto de divergencia recurrente.* Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, las entidades recobrantes,

presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y archivos de que trata la presente resolución, y cumplirán los siguientes requisitos:

1. Allegar los formatos que para el efecto se establezcan por el Fosyga o quien haga sus veces, los cuales deben cumplir con lo señalado en el artículo 3° del Decreto 1865 de 2012.

2. Adjuntar los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que en específico hayan estado vigentes a la fecha en que se consolidó el hecho que generó la obligación.

3. Adjuntar copia de la comunicación mediante la cual se informó la glosa, rechazo o devolución del correspondiente recobro.

4. Cuando se trate de recobros que hacen parte de un proceso judicial, se deberá adjuntar debidamente diligenciado el Formato que el Fosyga o quien haga sus veces defina para tal efecto.

Artículo 73. *Requisitos adicionales para recobros presentados por divergencias recurrentes que hagan parte de procesos judiciales en curso.* Las entidades recobrantes que radiquen recobros que hagan parte de procesos judiciales en curso, además de los requisitos establecidos en los artículos del presente capítulo, deberán allegar:

1. Manifestación escrita del representante legal en la que se indique que las pretensiones relacionadas con el pago de dichos recobros, así como las accesorias y subsidiarias a las mismas, serán objeto de desistimiento en los términos del artículo 314 de la Ley 1564 de 2012. En dicha declaración se debe relacionar la identificación del despacho judicial y el número de radicación del proceso a que corresponden cada uno de los recobros presentados, incluyendo en todo caso, la fecha de radicación de la correspondiente demanda.

2. Auto admisorio de la demanda proferido por la autoridad judicial correspondiente o en su defecto, acta individual de reparto o escrito de la demanda en el que se evidencie el sello de recibido, impuesto por la respectiva oficina judicial. En todos los casos, en el documento allegado deberá evidenciarse el número del proceso, la autoridad judicial y la entidad recobrante.

3. Manifestación expresa de que los documentos originales que soportan los recobros presentados inicialmente se encuentran bajo la custodia de la autoridad judicial, en caso de allegarse copias.

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

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

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

Artículo 74. *Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro.* El Fosyga o la entidad que se defina para el efecto, deberá adelantar el estudio de las solicitudes de recobro objeto de la divergencia recurrente e informar a la entidad recobrante el resultado del mismo dentro de los tres (3) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 2.6.1.1.3.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016 y en la presente resolución.

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

Artículo 75. *Consecuencias de la no aprobación de las solicitudes de recobros.* Los elementos, ítems y valores de los recobros que no sean aprobados en la auditoría integral realizada a las solicitudes radicadas en uso de la medida de que trata el presente capítulo, podrán ser presentados nuevamente, por una única vez, siempre y cuando no haya operado el fenómeno de la caducidad.

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

CAPÍTULO II

Comité de definición de criterios y lineamientos técnicos para el reconocimiento de tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

Artículo 76. *Miembros.* El Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está conformado por los siguientes miembros:

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

Artículo 77. *Funciones.* Las funciones del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son las siguientes:

1. Definir los lineamientos y criterios técnicos para el reconocimiento de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, que se pagan con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces.

2. Definir los lineamientos y criterios técnicos sobre el reconocimiento de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que deben incluirse en el manual de auditoría de recobros.

3. Definir si la solicitud de divergencia recurrente cumple con los requisitos generales previstos en la normativa vigente, para el inicio de su trámite.

4. Analizar y definir el criterio de auditoría que resuelva la solicitud de divergencia recurrente.

5. Autorizar la radicación de las solicitudes de recobro, cuando la decisión que resuelva la divergencia recurrente sea favorable a las entidades recobrantes. El periodo de radicación será definido por el Fosyga o quien haga sus veces.

6. Darse su propio reglamento.

Artículo 78. *Secretaría Técnica.* La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por el Director de Administración de Fondos de la Protección Social, o por quien este delegue y ejercerá las siguientes funciones:

1. Citar a los miembros del Comité a las sesiones ordinarias y extraordinarias.

2. Elaborar el orden del día de cada reunión y remitirlo a los miembros del Comité.

3. Distribuir entre los miembros del Comité las solicitudes, documentos técnicos y conceptos que sirvan de soporte a los temas que se tratarán en cada sesión con 8 días de antelación a la citación.

4. Asistir a las reuniones del Comité, elaborar las actas de cada sesión y hacer seguimiento a las decisiones o compromisos adquiridos para verificar su cumplimiento.

5. Rendir los informes que le sean solicitados.

6. Administrar el archivo de los documentos del Comité.

7. Las demás que le sean asignadas por el Comité.

Artículo 79. *Reuniones y toma de decisiones.* El Comité se reunirá previa convocatoria de la secretaria técnica con mínimo tres (3) días de anticipación y sesionará de forma presencial o virtual a través de medios electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros del Comité.

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

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

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

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

TÍTULO VIII

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

Artículo 80. *Integración de datos al Sispro.* Los datos consolidados a partir del aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se integrarán por medio de las herramientas, estructuras y procesos que para tal fin tenga el Sispro y estarán almacenadas en la Bodega de Datos del mismo, donde se integrarán, complementarán y dispondrán para los análisis, estudios e investigaciones científicas que requiera el país.

Artículo 81. *Requerimientos y solicitudes de información.* El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de canales y medios para recibir y responder las solicitudes de datos e información de acuerdo con la normatividad vigente, relacionadas con el reporte, suministro, reconocimiento, pago y análisis de la información de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 82. *Disponibilidad de la información.* Los canales digitales y electrónicos que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el acceso, consulta y difusión de la información, son los siguientes:

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

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

3. Sitios web temáticos: Dispone de consulta de datos e información correspondiente a los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud (ROSS); al Análisis de Situación de Salud (ASIS); a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP); a los componentes de la gestión de riesgo en salud del Fosyga o quien haga sus veces.

4. Cubos en línea: Permite hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del Sispro.

5. Repositorio Institucional Digital (RID): Permite acceder a la información bibliográfica y documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, indicadores epidemiológicos y demográficos.

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

Artículo 83. *Salidas de información a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará y dispondrá de boletines y salidas de información predefinidas de forma estadística para sistemas de alerta, comportamientos, tendencias e indicadores y las publicará mediante los canales de que trata el artículo 82 de la presente resolución.

Artículo 84. *Indicadores.* El Ministerio de Salud y Protección Social publicará y mantendrá actualizado el catálogo, las fichas y las estimaciones de los indicadores disponibles a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En caso de requerirse un indicador no incluido en el catálogo de indicadores, la persona o institución interesada deberá solicitarlo a este Ministerio, especi-

ficando la definición de lo que desea estimar, el o los indicadores que permiten aproximarse a la estimación y la justificación.

Artículo 85. *Desarrollo de estudios e investigaciones.* El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá, estimulará y apoyará el uso de los datos generados a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para realizar estudios e investigaciones, convocará a la comunidad científica y académica y facilitará la publicación de los resultados de los estudios e investigaciones.

Artículo 86. *Propiedad intelectual.* El Ministerio de Salud y Protección Social será el propietario intelectual de la información disponible en los medios digitales y electrónicos de que trata la presente resolución y como tal, deberá reconocerse en todo producto que use la información, reconociendo al Sispro como fuente y al canal del Ministerio por medio del cual se accedió a los datos, información o documentos.

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 87. *Servicios brindados a las víctimas de que trata la Ley 1448 de 2011.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), tramitarán por el procedimiento de recobro/cobro previsto en la presente resolución, los servicios de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima o su grupo familiar.

Artículo 88. *Fijación de periodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros.* El Fosyga o quien haga sus veces, en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, periodos de radicación diferentes a los establecidos en la presente resolución o ampliar los aquí previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin.

Artículo 89. *Formatos, anexos técnicos y metodologías para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.* Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, el Fosyga o quien haga sus veces, definirá los formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.

Artículo 90. *Control y seguimiento.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este defina para el efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes de recobro/cobro superen en un 20%, el promedio mensual del último año o cuando se presenten recobros/cobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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

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

Artículo 91. *Régimen subsidiado.* El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, podrá ser adoptado por las entidades territoriales, evento en el cual este Ministerio brindará la asistencia técnica que se requiera para el efecto.

Artículo 92. *Movilidad entre regímenes.* Cuando exista movilidad del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo, los servicios que hayan sido autorizados por el Comité Técnico Científico serán válidos y en cualquier caso la entidad responsable del asegurado deberá garantizar la continuidad en el suministro. De igual forma, cuando la movilidad se presente del Régimen Contributivo al Subsidiado, la entidad responsable del asegurado garantizará el suministro con el número de prescripción automática que da el aplicativo de que trata la presente resolución.

Parágrafo. En relación con el reconocimiento y pago de los recobros ante el Fosyga o quien haga sus veces, este recibirá y tramitará las solicitudes presentadas con acta de Comité Técnico Científico, si por la movilidad descrita en el artículo 92 de la presente resolución, el soporte para presentar los recobros corresponde a este. De igual manera, la Entidad Territorial por la misma razón de movilidad entre regímenes, recibirá y tramitará las solicitudes presentadas mediante el número de autorización que genera el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

Artículo 93. *Transitoriedad y plan de adaptación.* Los actores a los cuales aplica la presente resolución, de conformidad con su capacidad tecnológica y administrativa, diseñarán el plan de adaptación que se requiera para utilizar el registro de prescripción en línea de que trata la presente resolución. Por lo tanto, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyas aprobaciones se expidan hasta el 30 de noviembre de 2016 por los Comités Técnicos Científicos, se presentarán ante el Fosyga o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.

Las entidades promotoras de salud y demás actores participantes del proceso que ya cuenten con la adaptación tecnológica y administrativa, podrán utilizar el registro de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y presentar las solicitudes de recobro ante el Fosyga o quien haga sus veces de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución, a partir del 1° de septiembre de 2016.

Bajo ninguna circunstancia atribuible a la entrada en vigencia de esta resolución, se afectará la continuidad en la prestación de los servicios.

Artículo 94. *Vigencia y derogatoria.* La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán exigibles desde el primero (1°) de diciembre de 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el título II que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

suministradas a los afiliados del régimen subsidiado. La Resolución 3435 de 2016 “*Por la cual se modifican los artículos 16, 26, 34 y 38 de Resolución 5395 de 2013*”, regirá hasta el 30 de noviembre de 2016.

Las Resoluciones 1328 y 2158 de 2016 quedan derogadas a partir de la publicación del presente acto administrativo.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 31 de agosto de 2016.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

(C. F.).

MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 1421 DE 2016

(septiembre 1°)

por el cual se adiciona y modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, respecto de la adopción de medidas relacionadas con el Beneficio y Comercialización de minerales y se adiciona y modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, 1076 de 2015, respecto del licenciamiento ambiental para plantas de beneficio.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las otorgadas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política de Colombia, y en virtud de lo establecido en los artículos 2° y 160 de la Ley 685 de 2001, la Ley 1658 de 2013, la Ley 99 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2° de la Ley 685 de 2001, el Código de Minas “*regula las relaciones jurídicas del Estado con los particulares y las de estos entre sí, por causa de los trabajos y obras de la industria minera en sus fases de prospección, exploración, construcción y montaje, explotación, beneficio, transformación, transporte y promoción de los minerales que se encuentren en el suelo o el subsuelo, ya sean de propiedad nacional o de propiedad privada. Se excluyen la exploración y explotación de hidrocarburos líquidos y gaseosos que se regirán por las disposiciones especiales sobre la materia*”.

Que el artículo 160 de la Ley 685 de 2001 establece que, “*el aprovechamiento ilícito de recursos mineros consiste en el beneficio, comercio o adquisición, a cualquier título, de minerales extraídos de áreas no amparadas por un título minero*”, y que, de darse estas conductas, el agente será penalizado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 338 del Código Penal.

Que en atención a lo dispuesto por el artículo 112 de la Ley 1450 de 2011, deberán registrarse en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom), los agentes que se dediquen a la actividad de comercialización de minerales, entre los cuales se encuentran las plantas de beneficio, toda vez que las mismas adquieren, reciben o compran minerales en la ejecución de su actividad para su posterior enajenación.

Que mediante Decreto 1073 de 2015 “*por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía*”, se establecieron las obligaciones de los comercializadores de minerales, las cuales es necesario adicionar, teniendo en cuenta los diferentes comercializadores que intervienen en la actividad.

Que con el fin de hacer seguimiento y control a la actividad de beneficio de los minerales, la cual consiste en el proceso de separación, molienda, trituración, lavado, concentración y otras operaciones similares, a que se somete el mineral extraído para su posterior utilización o transformación; se establecerá la obligación de inscripción o publicación según corresponda en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom).

Que la Ley 1658 de 2013 dispuso en el párrafo del artículo 9° que “*...Para el desarrollo de obras y actividades relacionadas con el funcionamiento de las nuevas plantas de beneficio de oro, se requerirá por parte de la autoridad ambiental competente la respectiva licencia ambiental dado el deterioro grave que estas actividades generan al ambiente y a la salud...*”.

Que mediante el Decreto 1076 de 2015 “*por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible*” se establecieron las actividades sujetas a licenciamiento ambiental, el cual es necesario adicionar de acuerdo al mandato establecido en el artículo 9° de la Ley 1658 de 2013.

Que los numerales 10, 11 y 14 del artículo 5° de la Ley 99 de 1993 establecen que es competencia del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible:

“*...Determinar las normas ambientales mínimas y las regulaciones de carácter general sobre medio ambiente a las que deberán sujetarse los centros urbanos y asentamientos humanos y las actividades mineras, industriales, de transporte y, en general, todo servicio o actividad que pueda generar directa o indirectamente daños ambientales...*”; “*...Dictar regulaciones de carácter general tendientes a controlar y reducir las contaminaciones geosférica, hídrica, del paisaje, sonora y atmosférica, en todo el territorio nacional...*” y “*...Definir y regular los instrumentos administrativos y mecanismos necesarios para la prevención y el control de los factores de deterioro ambiental y determinar los criterios de evaluación, seguimiento y manejo ambientales de las actividades económicas...*”.

Que en cumplimiento de lo establecido en el numeral 8 del artículo 8° de la Ley 1437 de 2011, el presente proyecto se publicó en las páginas web del Ministerio de Minas y Energía y Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, desde el 23 de octubre hasta el 6 de noviembre de 2015 para comentarios de los interesados los cuales fueron debidamente analizados.

Que por lo anteriormente expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónese la Sección 2, Capítulo 6, Título 5 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 1073 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Minas y Energía, con el siguiente texto:

SECCIÓN 2

DE LAS MEDIDAS RELACIONADAS CON EL BENEFICIO Y COMERCIALIZACIÓN DE MINERALES

Artículo 2.2.5.6.2.1. *Inscripción de las Plantas de Beneficio en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom)*. El propietario de las plantas de beneficio deberá inscribirse en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom) en un término de seis (6) meses contados a partir de la publicación de este decreto, vencido este plazo, deberá contar con la certificación de la Agencia Nacional de Minería donde conste dicha inscripción.

Cuando la Planta de Beneficio haga parte de un proyecto amparado por un título minero no deberá inscribirse sino incluirse en las listas que debe publicar la Agencia Nacional de Minería en la plataforma del Rucom.

Las Plantas de Beneficio solo podrán beneficiar minerales provenientes de Explotadores Mineros Autorizados, so pena de incurrir en la conducta tipificada en el artículo 160 de la Ley 685 de 2001, y que se le cancele la inscripción en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom), previo el adelantamiento de la respectiva actuación en los términos del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 2.2.5.6.2.2. *Requisitos para la inscripción de las Plantas de Beneficio en el Rucom*. Las personas naturales o jurídicas que posean plantas de beneficio deberán cumplir y aportar los siguientes requisitos y documentos para su inscripción en el Rucom:

- Indicar su nombre o razón social según se trate de persona natural o jurídica;
- Documento de identificación del inscrito si es persona natural;
- Registro Único Tributario (RUT);
- Certificado de existencia y representación legal, máximo con treinta (30) días de expedición, cuando se trate de personas jurídicas;
- Indicar su domicilio principal y dirección para notificaciones;
- Balance General y Estado de Resultados debidamente certificados y dictaminados, si hay lugar a ello, junto con sus notas, con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior;
- Acreditación de la capacidad económica de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.2.5.6.1.5.3 del Decreto número 1073 de 2015, la cual deberá ser soportada de acuerdo con los criterios que para el efecto fijará la Autoridad Minera Nacional;
- Certificación de Inscripción en el Registro Mercantil;
- Suministrar la siguiente información: Ubicación de la planta de beneficio, mineral objeto de beneficio, cantidad de mineral beneficiado en el año inmediatamente anterior, capacidad de la planta, relación de insumos utilizados en el beneficio, método de beneficio y equipos utilizados.

Artículo 2.2.5.6.2.3 *Obligaciones de las Plantas de Beneficio inscritas en el Rucom*. Las personas naturales o jurídicas que posean plantas de beneficio deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

- Mantener actualizada la inscripción en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom);
- Cumplir con toda la normativa legal vigente en materia ambiental, minera, tributaria, aduanera, cambiaria y de comercio nacional e internacional;
- Tener vigentes y actualizados el Registro Único Tributario (RUT), Registro Mercantil y Resolución de Facturación, cuando se trate de establecimientos de comercio;
- Mantener actualizados todos los actos, libros y documentos respecto de los cuales la Ley exige esa formalidad;
- Llevar contabilidad regular de sus negocios conforme a las prescripciones legales;
- Tener la factura comercial del mineral o minerales que transformen, distribuyan, intermedien y comercialicen;
- Contar con la certificación en la que se acredite la calidad de inscrito en el Registro Único de Comercializadores de minerales (Rucom);
- Contar con el correspondiente Certificado de Origen de los minerales que transforme, distribuya, intermedie, comercialice, beneficie y consuma;
- Enviar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) los reportes de información que establezca dicha entidad en el marco de las funciones establecidas en las Leyes 526 de 1999 y 1621 de 2013, y en la Parte 14 del Decreto número 1068 de 2015.

Parágrafo. La Agencia Nacional de Minería verificará el cumplimiento de las obligaciones establecidas en este artículo. En caso de incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones, se procederá a la cancelación de la inscripción en el Registro Único de Comercializadores de Minerales (Rucom), previo el adelantamiento de la respectiva actuación en los términos del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 2°. Adiciónese el siguiente literal al artículo 2.2.5.6.1.2.1 del Decreto número 1073 de 2015, así:

- Certificación de Inscripción en el Registro Mercantil.

Artículo 3°. Adiciónese el siguiente literal y párrafo al artículo 2.2.5.6.1.2.2 del Decreto número 1073 de 2015, así:

- Enviar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) los reportes de información que establezca dicha entidad en el marco de las funciones establecidas en las Leyes 526 de 1999 y 1621 de 2013, y en la Parte 14 del Decreto número 1068 de 2015.