

no esté comprendido en los rangos fijados en las anteriores tablas, se deberá acercarse a la menor tarifa más próxima señalada en las mismas.

Parágrafo 6°. Procedimiento. El usuario acreditará el pago de la tarifa establecida al momento de radicar su solicitud ante la Dirección General Marítima del Ministerio de Defensa Nacional.

Artículo 2°. *Adición e incorporación.* La presente resolución adiciona el artículo 6.2.1.45 al Título 1 de la Parte 2 del REMAC 6: “Seguros y Tarifas”. Lo dispuesto en ella se entiende incorporado al Reglamento Marítimo Colombiano, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5° de la Resolución 135 del 27 de febrero de 2018, por medio de la cual se expidió el Reglamento Marítimo Colombiano (REMAC).

Artículo 3°. *Vigencia.* La presente resolución empieza a regir a partir de su publicación en el **Diario Oficial**.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 5 de mayo de 2018.

El Director General Marítimo (e),

Contralmirante Mario Germán Rodríguez Viera.
(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 00001885 DE 2018

(mayo 10)

por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios 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 Ley 1751 de 2015 establece la garantía al derecho fundamental a la salud y su protección como un derecho autónomo.

Que este Ministerio expidió la Resolución 3951 de 2016, mediante 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 dictaron otras disposiciones; acto administrativo que fue modificado por las Resoluciones 5884 de 2016 y 532 de 2017.

Que se debe modificar las resoluciones de que trata la herramienta tecnológica Mipres, en lo respectivo al procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, reporte de suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Que, la Ley 1753 de 2015 en su artículo 66 creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -la ADRES y, en consecuencia, el Decreto 1429 de 2015 entre otras establece las funciones de la ADRES, por lo que la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social encargado del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) deja de funcionar; además, los ajustes y actualizaciones a la herramienta automatizada Mipres se hace necesario modificar y sustituir las resoluciones 3951 de 2016 y 532 de 2017.

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 tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y de servicios complementarios, fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento.

Artículo 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 agentes o entidades recobrantes que suministren a

sus afiliados tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC y servicios complementarios que deban recobrarlos a la ADRES.

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

- Cobro:** solicitud presentada por una entidad recobrante ante la ADRES, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, al igual que los servicios complementarios según corresponda, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.
- Comparador administrativo:** tecnología en salud financiada con recursos de la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro.
- Cuidador:** aquel que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de Beneficios en Salud cubierto por la UPC.
- Enfermedades huérfanas:** 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 ultra-huérfanas y olvidadas.
- Entidad recobrante:** EPS o EOC, que garantizó a sus afiliados el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según corresponda, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la ADRES, el reconocimiento y pago de dichas tecnologías en salud o servicios complementarios.
- Ítem de la prescripción:** cada tecnología en salud o servicio complementario que se solicita en una misma prescripción.
- Ítem del recobro: cada tecnología en salud o servicio complementario presentada en un mismo recobro para verificación y pago.
- 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 una tecnología en salud o servicio complementario, de soporte nutricional ambulatorio o medicamento incluido en el listado temporal de usos no incluidos en registro sanitario, prescritos por el profesional de la salud.
- Medicamentos vitales no disponibles:** conforme a lo dispuesto en el artículo 2° del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta “indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes”. Adicionalmente, también incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el Invima que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles.
- Prestaciones no financiadas con recursos del Sistema de Salud:** tecnologías o servicios que adviertan los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya; así como las que hagan parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.
- Prestación sucesiva:** tecnología en salud o servicio complementario 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.
- Profesional de la salud par:** Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Si la prescripción se realiza por un sub especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.
- Recobro:** solicitud presentada por una entidad recobrante ante la ADRES con el fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, según corresponda, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.
- Reporte de Prescripción de Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC y Servicios Complementarios:** diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS o las EOC de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud prescritos que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.

15. **Servicio ambulatorio no priorizado:** prestación prescrita 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 5 días calendario.
16. **Servicio ambulatorio priorizado:** prestación prescrita 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.
17. **Servicios complementarios:** servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad. Comprende:
 - 17.1. **Servicio:** Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.
 - 17.2. **Tecnología:** Es un conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.
18. **Tecnología en salud por conexidad o derivada de una complicación:** tecnología en salud que haciendo parte del Plan de Beneficios por ser conexa o derivada de una complicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC deben ser prescritas y recobradas/cobradas ante la ADRES a través de la herramienta tecnológica. El profesional de la salud habilitado por la entidad recobrante podrá reportarla en la herramienta tecnológica de acuerdo con la presente resolución, indicando la tecnología no financiada que le dio origen.
19. **Soporte nutricional:** aporte de nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales de un individuo, bien sea a través de nutrición parenteral, nutrición enteral o mixta, dadas sus condiciones cuando no es posible o aconsejable alimentarlo mediante la nutrición convencional.
20. **Suministro efectivo:** entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario prescrita por profesional de la salud u ordenada mediante fallo de tutela, la cual podrá realizar la IPS u otro agente del SGSSS, conforme a las reglas y obligaciones del presente acto administrativo.
21. **Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
22. **Usos no Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS):** uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el Invima.

Artículo 4°. *Responsabilidades de los actores.* El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios debidamente prescritos y aprobados por la junta de profesionales según normatividad vigente, es responsabilidad de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. **Profesional de la salud.** Corresponde a los profesionales de la salud: **i)** prescribir las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios que deberán aprobarse por junta de profesionales, **ii)** reportar la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario, en la herramienta tecnológica dispuesta para ello, **iii)** complementar o corregir la información relacionada con la prescripción en caso de ser necesario, **iv)** utilizar correctamente los formularios de contingencia en los casos previstos en el artículo 16 de la presente resolución, **v)** diligenciar correctamente la herramienta tecnológica.
2. **Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC).** Corresponde a las EPS y EOC: **i)** garantizar el suministro oportuno, a través de la red de prestadores o proveedores definida, de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud; **ii)** recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; **iii)** cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro/cobro; **iv)** 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; **v)** realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación, resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio; **vi)** realizar la transcripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, otras tecnologías o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin o en los formularios de contingencia conforme el presente acto administrativo; **vii)** reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata esta resolución; **viii)** establecer canales de comunicación eficientes y brindar información adecuada y veraz, que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los

profesionales de la salud y usuarios, **ix)** Garantizar la capacitación e idoneidad del personal; y **x)** las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

3. **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).** Es responsabilidad de las IPS: **i)** suministrar, dispensar o realizar las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS y EOC, **ii)** utilizar la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio para que sus profesionales de la salud prescriban dichas tecnologías en salud o servicios complementarios, **iii)** brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones, **iv)** entregar a las EPS-EOC y a la autoridad competente toda la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios, **v)** gestionar la conformación de las Juntas de Profesionales de la salud y velar por el cargo oportuno de sus decisiones cuando aplique, **vi)** establecer canales de comunicación eficientes que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud y usuarios, propendiendo por la garantía de la prestación de los servicios de salud; **vii)** garantizar la capacitación e idoneidad del personal, **viii)** Brindar información adecuada y veraz en forma oportuna de acuerdo con las responsabilidades de los actores establecidas en esta resolución y, **ix)** las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.
4. **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):** Es responsabilidad de la ADRES, adelantar el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro que presenten las entidades recobrantes, cuando a ello hubiere lugar con la información que para tal efecto disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. **Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro).** Le corresponde al Ministerio a través del Sispro facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización de la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución, así como analizar la información resultante del proceso de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de los servicios complementarios.

TÍTULO II

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

CAPÍTULO I

Reporte de prescripción

Artículo 5°. *Reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* La prescripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, será realizada por el profesional de la salud tratante, el cual debe hacer parte de la red definida por las EPS o EOC, a través de la herramienta tecnológica que para tal efecto disponga este Ministerio, la que operará mediante la plataforma tecnológica Sispro con diligenciamiento en línea o de acuerdo con los mecanismos tecnológicos disponibles en la correspondiente área geográfica.

Las EPS, las EOC y las IPS serán responsables de adelantar el reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como de servicios complementarios, en los casos previstos en el artículo 16 de la presente resolución, así como de registrar las decisiones adoptadas por las Juntas de Profesionales de la Salud y cuando estos sean ordenados mediante fallos de tutela, en caso de que se requiera.

Parágrafo 1°. Una vez se finalice el diligenciamiento de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o de servicios complementarios, la herramienta tecnológica de que trata el presente artículo, asignará un número de prescripción, el cual deberá presentarse con el recobro/cobro ante la ADRES.

Parágrafo 2°. La prescripción efectuada en la herramienta tecnológica será equivalente a la orden o fórmula médica, la cual deberá contener la firma autógrafa del profesional prescriptor o aquellas medidas tecnológicas que determine este Ministerio. La información será diligenciada una única vez por el profesional de la salud y el referido instrumento permitirá su impresión para la entrega al usuario.

Parágrafo 3°. En ningún caso las EPS, las EOC y las 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 los servicios contenidos en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o la norma que la modifique o sustituya, el profesional de la salud tendrá la posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario a utilizar. En todo caso, el profesional de la salud deberá reportar la prescripción en dicha herramienta tecnológica.

Artículo 6°. *Requisitos para acceder al aplicativo de reporte de prescripción.* El ingreso al aplicativo de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios está supeditado a la obtención previa de

usuario y clave, la que será solicitada ante este Ministerio por cada profesional de la salud, quien deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Igual procedimiento adelantará la IPS, la que deberá encontrarse habilitada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); las EPS; las entidades de inspección, vigilancia y control, las entidades territoriales del orden departamental y distrital 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 (OTIC) de este Ministerio.

El usuario y la clave de acceso al aplicativo es personal e intransferible y tanto la información registrada, como los procesos informáticos realizados en esta tienen plena validez jurídica, debiendo usarse con responsabilidad y bajo principios éticos por parte de todos los actores. La asignación del nivel de acceso a la información estará supeditada a las competencias de cada entidad; el uso irresponsable de la clave dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de las autoridades competentes.

Parágrafo 1°. Tratándose de profesionales independientes de salud que presten directamente sus servicios a la EPS; la administración de los usuarios del aplicativo quedará bajo la responsabilidad del representante legal de la correspondiente entidad.

Parágrafo 2°. Cuando se trate de profesionales de la salud en Servicio Social Obligatorio, para realizar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios, 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 Secretaría 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 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 3°. Las IPS y las EPS serán responsables, en el marco de sus competencias, de garantizar la infraestructura tecnológica necesaria para el funcionamiento del aplicativo a que refiere este artículo; so pena de las sanciones que correspondan por la omisión o incumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley y el presente acto administrativo.

Artículo 7°. *Consulta de la información de las prescripciones de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios reportados en la herramienta tecnológica.* Las EPS las EOC, las 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 lo tanto la decisión tomada por este, así como los datos allí consignados, no podrán ser modificados por las EPS, EOC o IPS.

De manera excepcional, la auditoría de la EPS, podrá solicitar soportes adicionales y para efectos del suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, sin que ello afecte la autonomía del profesional de la salud respecto de la decisión tomada.

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

Parágrafo 1°. Este Ministerio dispondrá el acceso a la información a través de la herramienta tecnológica de prescripción y reporte de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, 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 IPS, las EPS, las EOC, la ADRES dentro de las obligaciones y responsabilidades de que trata la presente resolución y a los organismos de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) que lo requieran.

Artículo 9°. *Requisitos para realizar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* La prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, deberá en cualquier caso observar los siguientes requisitos:

1. Que la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC.
2. Que el uso, ejecución, utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos; o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. Que el uso, ejecución, utilización o realización en caso de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC se encuentre codificado y denominado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de 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 contra-indicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica.

5. Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible, el diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente, según sea el caso.
6. Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente de esta Resolución, para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.
7. Que el estado de salud del paciente sea coherente con la solicitud de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a prescribir y que la misma cumpla un fin de prevención, recuperación, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad o el mantenimiento de la salud o la capacidad vital o funcional de las personas.

Parágrafo. En el evento de prescribir medicamentos vitales no disponibles que no se encuentran incluidos en el listado definido por Invima según el Decreto 481 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto Único 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el Invima. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta. En todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.

Artículo 10. *Criterios para la prescripción.* El profesional de la salud que prescribe tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual dejará constancia en su historia clínica y en la herramienta tecnológica, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas y de ser necesario la evidencia científica que sustente su decisión.
2. Comunicar al paciente con claridad el motivo por el cual no se utiliza la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no financiada con recursos de la UPC. Cuando no existan alternativas en el Plan de beneficios para tecnologías en salud que se puedan considerar reemplazadas o sustituidas, el profesional de la salud, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica.
3. En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un medicamento, este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: **i)** Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el Invima, **ii)** Hacer parte del listado temporal de usos no incluidos en el registro sanitario de que tratan los artículos 95 y 96 de la presente resolución, **iii)** corresponder a medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.
4. En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los dispositivos médicos, esto es, insumos, materiales, elementos o suministros, entre otros, necesarios e insustituibles para su realización o utilización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita, que no hace parte de la financiación del mismo o correspondan a una financiación condicionada.
5. En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a dispositivos médicos, como insumos, materiales, elementos o suministros, entre otros, se deberá indicar el procedimiento al que corresponde, cuando haya lugar a ello.
6. Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, definida en la Resolución 5171 de 2017 o la norma que la modifique o sustituya.
7. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y conforme a los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 o la norma que los modifique o sustituya.
8. De acuerdo con lo previsto en el numeral 3 de este artículo, la prescripción de medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles conforme al Decreto 481 de 2004 o la norma que modifique o sustituya, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados previa autorización de Invima.

9. Para los medicamentos no financiados con recursos de la UPC se consideran armonizadas las indicaciones aprobadas por el Invima, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se considerará para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica, por lo tanto, no será objeto para la nominación como medicamento con UNIRS.
10. La prescripción de medicamentos de control especial que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, debe realizarse de conformidad con la Resolución 1478 de 2006 o la norma que la adicione, modifique o sustituya. Para efectos del reporte en la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución, si se requiere un medicamento de control especial por tiempo sucesivo se realizará el reporte por el tiempo que el o los profesionales de la salud tratantes indiquen, sin que se requiera transcripción mensual en la mencionada herramienta.
11. Cuando se requieran para la realización de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, medicamentos con fines de analgesia, anestesia y sedación, incluyendo los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, los mismos se entenderán incluidos en dicha atención, por lo cual no será necesario diligenciar en la herramienta tecnológica prescripción alguna.
12. Los radiofármacos necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear no financiados con recursos de la UPC se entienden como incluidos en el procedimiento de medicina nuclear y deberán ser parte de su costo global y no prescribirse de forma separada.
13. Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se trate de un producto de soporte nutricional como alimento para propósitos médicos especiales, este deberá cumplir las siguientes condiciones: **i)** Estar registrado ante el Invima con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales dentro de la categoría 14.3 “*Alimentos para uso especial*” establecida en la Resolución 719 de 2015 o aquella norma que la modifique o sustituya, y **ii)** corresponder a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.

Artículo 11. *Prescripciones de servicios complementarios.* La Junta de Profesionales de la Salud aprobará los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. La prescripción que se realice respecto de servicios complementarios u otras tecnologías que no corresponden al ámbito de salud.
2. Las IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicha herramienta tecnológica, en el módulo dispuesto para tal fin.
3. Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que cuente con la Junta de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que no cuente con Junta 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, para lo cual quien efectúa la prescripción deberá aportar la información de la historia clínica para el análisis del caso.

Artículo 12. *Prescripciones de producto de soporte nutricional.* Cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud como productos de soporte nutricional y estos no se encuentren financiados con recursos de la UPC, dichas tecnologías deberán ser prescritas únicamente mediante la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución, atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. Los profesionales de la salud médicos podrán prescribir productos de soporte nutricional mediante la herramienta tecnológica mencionado.
2. Las prescripciones de productos de soporte nutricional podrán ser ordenadas por el profesional de la salud en Nutrición y Dietética, inscrito en el Rethus, siempre y cuando exista una prescripción médica que ordene la valoración por la mencionada profesión.
3. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene productos de 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 de la salud en Nutrición y Dietética ordene tecnologías en salud como productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito hospitalario, serán suministrados sin necesidad de aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.

5. Cuando se trate de prescripciones de productos de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con: i) enfermedades huérfanas, enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas, ii) VIH, iii) cáncer en cuidado paliativo y iv) enfermedad renal crónica estadio V cuyos diagnósticos se encuentran confirmados, no requerirán Junta de Profesionales de la Salud.

Artículo 13. *De las prescripciones en el ámbito de atención ambulatoria.* Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como servicios complementarios, en el ámbito de atención ambulatoria deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. La prescripción podrá efectuarse por primera vez hasta por un término máximo de tres (3) meses y a partir de allí, el profesional de la salud tratante determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o el servicio complementario, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.
2. Tratándose de pacientes, 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 un (1) año. Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad de la prescripción de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario.
3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por la herramienta tecnológica de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud tratante, 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. Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según normatividad vigente, prescritas de forma ambulatoria pero cuyo suministro debe realizarse de forma hospitalaria, podrá diligenciarse la solicitud en la herramienta tecnológica como servicio ambulatorio tanto priorizado como no priorizado.
5. Una vez la EPS o EOC informe de la fecha y lugar para recibir el suministro efectivo, el usuario dispondrá de quince (15) días calendario cuando se trate de servicio ambulatorio priorizado; de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio de los medicamentos y, noventa (90) días calendario en el caso de procedimientos.

La EPS o EOC deberá informar oportunamente a sus usuarios los datos ya mencionados acerca del prestador o proveedor asignado para el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como de los servicios complementarios, de lo contrario, no aplicarán los términos aquí previstos para reclamar la tecnología en salud o servicio requerida.

Artículo 14. *De las prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria.* Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, en el ámbito hospitalario de atención, ya sea internación, domiciliario o urgencias deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. En casos de urgencia vital, la prescripción de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios podrá efectuarse en la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio de forma posterior a la prestación de los servicios durante las doce (12) horas siguientes a la atención y hasta el momento del egreso del paciente.
2. En caso de servicios hospitalarios con internación en institución o domiciliaria, la prescripción se podrá registrar en la herramienta tecnológica, durante la internación y hasta la fecha del egreso. En caso de que se presenten excedentes en cuanto a las cantidades prescritas por el profesional de la salud, la evidencia de entrega para efectos del recobro/cobro ante la ADRES, se realizará contra lo efectivamente suministrado y facturado.
3. Sin perjuicio de lo establecido en el numeral anterior del presente artículo, el profesional de la salud deberá conforme a la normatividad vigente 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. Cuando se trate de prescripciones para el egreso hospitalario, se debe tener en cuenta lo siguiente: **i)** si corresponde a prescripciones necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento posterior al egreso hospitalario, el profesional de la salud deberá seleccionar el ámbito ambulatorio priorizado en la herramienta tecnológica de que trata la presente Resolución, y podrá generar la solicitud hasta por un mes de tratamiento; **ii)** si un usuario requiere continuar tratamiento en hospitalización domiciliaria, el profesional de la salud tratante de la IPS que efectúa el egreso deberá seleccionar el ámbito de atención hospitalario - domiciliario para generar el plan de manejo de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin; **iii)** Cuando se requiera ajustar o cambiar el plan de manejo en el ámbito de atención domiciliaria, corresponderá a los profesionales de la salud de la IPS domiciliaria, la prescripción en la herramienta tecnológica.
5. Cuando la IPS no haga parte de la red de prestadores de la EPS o EOC y se requiera atención de urgencias e incluso posterior a ello, se defina la hospitalización del usuario, se podrá utilizar el ámbito de atención de urgencias desde el in-

greso hasta el egreso hospitalario, siempre y cuando se informe y sea autorizado por la EPS o EOC tal condición, en los términos estipulados para dicho reporte, so pena de incurrir en omisión a la obligación de reportar la información.

Artículo 15. *Responsabilidad de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* El profesional de la salud que observando los requisitos y criterios establecidos en la presente resolución, realice la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios y consecuentemente, realice el respectivo reporte en la herramienta tecnológica de que trata este acto administrativo, asumirá de forma directa la responsabilidad de la prescripción generada y fundamentada en su autonomía, para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación del paciente, que por disposición expresa del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 o aquella norma que modifique, adicione o sustituya, habrá de ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

Parágrafo 1°. Cuando la prescripción de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata el presente acto administrativo se realice por un profesional de la salud que presta sus servicios a una IPS, esta será igualmente responsable conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo 2°. Las EPS o EOC e IPS podrán retroalimentar a los profesionales de la salud sobre los procesos de auditoría y los resultados estadísticos de Mipres con el objetivo de mejorar la prescripción y atención a los pacientes. En caso de identificar situaciones en donde la prescripción tenga errores o se encuentre incompleta, la EPS o IPS informará tal situación al profesional de la salud para que realice la solicitud de anulación conforme a lo señalado en el artículo 17, sin que esto implique agendar nuevas citas o que el usuario se encargue de la gestión que sea necesaria.

Parágrafo 3°. Como consecuencia de las actividades propias de la auditoría no se podrán ejercer coacción o constreñimiento a los profesionales de la salud en virtud de su autonomía profesional, poner barreras de acceso a los usuarios, retener parcial o totalmente sus honorarios o salarios por la aplicación de glosas entre prestadores, EPS o EOC y la ADRES.

Parágrafo 4°. Cuando los resultados del estudio pre trasplante de órganos correspondan a donante no efectivo, la prescripción de dichas tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, se realizará por la EPS conforme a la ruta diseñada para tal fin. En todo caso, los profesionales de la salud en conjunto con la IPS allegarán a la EPS la historia clínica y los diferentes estudios efectuados, en los cuales se determinó que el usuario es un donante no efectivo, de conformidad con lo estipulado en el parágrafo 1° del artículo 31 de la Resolución 5269 de 2017 o aquella norma que la modifique o sustituya.

Parágrafo 5°. Tratándose de tecnologías en salud por conexidad o derivadas de una complicación, el profesional de la salud habilitado por la entidad recobrante, deberá ingresarlas en la herramienta tecnológica destinada para tal fin y conforme a lo previsto en la presente resolución o aquella que la modifiquen o sustituyan, siempre y cuando se relacione la tecnología en salud que le dio origen.

Artículo 16. *Imposibilidad de acceso y registro en la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* El profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia establecido por este Ministerio cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibilitan el acceso a la herramienta tecnológica:

1. Dificultades técnicas.
2. Ausencia de servicio eléctrico.
3. Falta de conectividad.
4. Inconsistencias de afiliación o identificación.

Si la prescripción se realiza por un profesional de la salud que pertenece a una IPS, esta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito, dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes, contadas a partir de 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 éste 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 la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios 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 la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Parágrafo 4°. El formulario de contingencia para la prescripción establecido por este Ministerio conforme lo señalado en el presente artículo, no podrá diligenciarse para solicitar tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios diferentes a las señaladas en la herramienta tecnológica a que hace alusión este acto administrativo.

Artículo 17. *Solicitudes de anulación de prescripciones realizadas.* En caso excepcional, de requerirse la anulación de una prescripción generada en la herramienta

tecnológica, deberá ser solicitada por el profesional de la salud que la realizó inicialmente dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la prescripción inicial, y será tramitada por la EPS, en un tiempo máximo de cuarenta y ocho (48) horas después de solicitada por el profesional de la salud prescriptor. Es necesario tener en cuenta que al solicitar la anulación, la misma se realiza para todos los ítems prescritos dentro de la misma.

En cualquier caso, el profesional de la salud que haya realizado la prescripción y solicite su anulación, manifestará de forma expresa el motivo por el cual se requiere y la EPS responsable del asegurado verificará previo a efectuar el trámite de anulación que la misma no haya sido suministrada; en caso de que la EPS haya realizado el suministro efectivo no podrá anularse.

Parágrafo. En todo caso, es responsabilidad de la EPS notificar de manera inmediata al profesional de la salud el resultado del trámite.

Artículo 18. *Obligación de reportar en la herramienta tecnológica.* Cuando se presenten las circunstancias previstas en el artículo 16 de la presente resolución, la EPS responsable del afiliado deberá realizar la transcripción de la prescripción, una vez reciba la copia de dicho formulario, en el módulo de la herramienta tecnológica dispuesta para ello, en un término no superior a veinticuatro (24) horas. Esta podrá realizarse por los profesionales de la salud en enfermería o química farmacéutica debidamente autorizados y registrados en ReTHUS.

CAPÍTULO II

Juntas de profesionales de la salud

Artículo 19. *Juntas de Profesionales de la Salud.* Las IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario del que tratan los artículos 95 y 96 de la presente resolución.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar otras tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, para que sean analizados y aprobados por la Junta de Profesionales de la Salud, de que trata la presente Resolución, bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia.

Parágrafo 2°. Cuando se trate de prescripción de pañales y la cantidad requerida para un mes de tratamiento sea igual o menor a 120 unidades contabilizados por usuario, no se requerirá del análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud. La entidad responsable del asegurado deberá controlar el suministro de dichas cantidades de forma mensual, independiente del número de prescripciones por usuario que se hayan registrado en la herramienta tecnológica. Lo anterior hasta tanto se establezca un protocolo para tal fin.

Artículo 20. *Obligatoriedad de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud.* La obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de los profesionales de la salud que conforman su planta o de acuerdo al cumplimiento de las normas de habilitación del SOGCS.

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 Rethus y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser profesional par del profesional de la salud prescriptor u ordenador.

Parágrafo 1°. Las Juntas de Profesionales de la Salud que evalúen medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, deberán ser conformadas en su totalidad por médicos y uno de ellos debe ser par del médico prescriptor.

Parágrafo 2°. Las juntas de profesionales de la salud deberán conformarse con la disponibilidad de personal que exista en las IPS garantizando, en cualquier caso, la realización oportuna de las mismas. En todo caso el profesional de la salud prescriptor no podrá se integrante de la Junta.

Parágrafo 3°. La Junta de Profesionales de la Salud tendrá un secretario técnico que será el responsable de diligenciar las decisiones en la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución en el módulo dispuesto para ello. Dicho secretario técnico podrá ser un profesional de la salud de enfermería o química farmacéutica, registrado en ReTHUS.

Parágrafo 4°. La reunión de la Junta de Profesionales de la Salud podrá realizarse en 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 de la Junta de Profesionales de la Salud, coordinados por la Secretaría Técnica. En todo caso, se deberá efectuar el acta de cada reunión con los requisitos exigidos en la presente Resolución y ser allegada a la entidad responsable del afiliado.

Artículo 22. *Responsabilidad de la IPS.* Las IPS deben conformar la Junta de Profesionales de la Salud de acuerdo con la obligatoriedad establecida en la presente Resolución, les corresponderá:

1. Disponer de los mecanismos necesarios para garantizar el funcionamiento de la Junta de Profesiones de la Salud, de conformidad con los integrantes establecidos en la presente Resolución, para dar la respuesta, en cada caso, en los tiempos previstos en la garantía del suministro establecida en esta resolución.
2. Reportar oportunamente la decisión adoptada por la Junta de Profesionales de la Salud en la herramienta tecnológica que el Ministerio de Salud y Protección dispone para ello, en los tiempos previstos en el presente acto administrativo so pena de las sanciones a que haya lugar por no realizarlo.
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 prescripciones de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, productos de soporte nutricional en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, que sean de análisis y aprobación por junta de profesionales de la salud, mediante la herramienta tecnológica dispuesto para ello, estas Juntas recibirán la solicitud y tendrán en cuenta al analizar cada caso, en particular, los siguientes criterios:

1. La correlación de la solicitud efectuada con la condición clínica del paciente.
2. La prestación solicitada no debe cumplir ninguno de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 ni hacer parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017.
3. En caso de tratarse de medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, que exista el consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante.
4. La pertinencia clínica de las cantidades prescritas o ajustes de las mismas.
5. Se han agotado las alternativas existentes en el Plan de Beneficios en Salud.

Parágrafo 1°. Las decisiones adoptadas por la Junta de Profesionales deberán ser concordantes con los criterios jurisprudenciales señalados por la Honorable Corte Constitucional sobre el tema.

Parágrafo 2°. Cuando el secretario técnico de la Junta de Profesionales de Salud evidencie error en el diligenciamiento de la herramienta tecnológica por un direccionamiento de un servicio a análisis de la Junta de Profesionales de Salud que no corresponda, deberá reportarlo así en dicha herramienta.

Artículo 24. *Tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud.* La Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar la decisión de la Junta, en los siguientes términos:

1. Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria, deberá pronunciarse en un término no mayor a setenta y dos (72) horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud.
2. Si la prescripción se genera como ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a la solicitud del profesional de salud.

Una vez la entidad responsable del afiliado conozca la decisión de la Junta y la misma sea de aprobación deberá informar al afiliado, a partir de dicho momento se tendrán en cuenta los tiempos previstos en la presente resolución para la garantía del suministro.

Si en la herramienta tecnológica se reporta por parte del secretario técnico de la junta la no procedencia de la realización de la misma, la cual solo aplica de conformidad con el artículo 23 de la presente resolución, la EPS o EOC deberá informar al afiliado y garantizar el suministro efectivo de dicha prescripción.

Parágrafo. La entidad responsable del asegurado deberá garantizar el suministro efectivo, aun cuando la IPS responsable de la Junta de Profesionales exceda el tiempo de respuesta, caso en el cual se realizará el respectivo reporte a la Superintendencia Nacional de Salud por la EPS correspondiente.

Artículo 25. *Contenidos del acta de las Juntas de profesionales de la salud.* Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta por usuario, el cual debe corresponder al beneficiario del servicio, y deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración.
2. Número de acta. El consecutivo de las mismas lo determina la IPS que realiza la Junta.
3. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
4. Diagnóstico principal y relacionado con la Codificación Internacional de Enfermedades - CIE 10.
5. Nombre o descripción del servicio complementario, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, prescrita por el profesional de la salud.
6. Si se trata de un servicio complementario o soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, indicar si es una prestación única o sucesiva.
7. La justificación médica, técnica y de pertinencia emitida por la Junta acerca del uso del servicio prescrito.
8. La decisión de la Junta, es decir: i) aprobación o ii) negación.

9. Nombre, firma autógrafa y profesión de todos los integrantes de la Junta.
10. Cuando la Junta de Profesionales sesione mediante mecanismos virtuales, electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros, aportará el Acta con la firma del Representante Legal de la IPS y su Secretario Técnico.

Parágrafo 1°. Cuando se determine que el servicio complementario o la tecnología en salud prescrita no requieren Junta de Profesionales de Salud, por una inconsistencia en el diligenciamiento realizado por el profesional de la salud, no se requiere acta de dicha Junta. En estos casos, el secretario técnico deberá reportar esta situación en la herramienta tecnológica.

Parágrafo 2°. Las IPS deberán garantizar que el acta de Junta de Profesionales cumpla con los contenidos referidos en el presente articulado, y remitir copia a la EPS junto con el consentimiento informado en los casos que aplique.

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, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en la herramienta tecnológica, dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas a la sesión realizada en los tiempos establecidos en el artículo 24 del presente acto administrativo, la decisión adoptada ya sea de aprobación o negación, para que se genere el respectivo número de prescripción.

Parágrafo 1°. Las IPS delegarán el registro de la decisión tomada por la Junta de Profesionales de Salud en el módulo de la herramienta tecnológica 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 el ReTHUS.

Dicha Secretaría Técnica también podrá registrar la decisión de no realización de la junta de profesionales de la salud que trata el parágrafo 2° del artículo 23 de la presente resolución sin que medie la reunión de la Junta.

Parágrafo 2°. Las IPS deberán garantizar en un término no mayor a setenta y dos (72) horas el cargue de las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud de cada paciente, en el módulo de la herramienta tecnológica, dispuesto para tal fin. En caso de no cumplirse con los términos para la decisión, comunicación y entrega de dicha información a las mencionadas entidades se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, para que se realicen las acciones correspondientes en el marco de su competencia. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la OTIC dispondrá los mecanismos para que las EPS o EOC puedan acceder a dicha información según corresponda.

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 deba ser prescrita varias veces en el mismo año u ordenada de forma sucesiva por el profesional de la salud, dicha Junta emitirá su decisión a través de un único concepto anual. En ningún caso la autorización y concepto favorable podrá ser por tiempo indefinido.

Artículo 28. *Cobro de la Junta de Profesionales de la Salud.* La IPS no podrá cobrar por la conformación y actuación de sus juntas de profesionales de la salud, por hacer parte de la integralidad de la prestación del servicio.

Artículo 29. *Prescripciones en caso de usuarios con fallos de tutela.* Cuando mediante un fallo de tutela se haya ordenado el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicio complementario, procederá el suministro efectivo de las mismas. La EPS deberá ingresar la solicitud en el módulo de tutelas de la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio a fin de garantizar el cumplimiento de la orden judicial en su totalidad y deberá informar a la IPS respectiva que no se requiere realizar dicha junta.

Parágrafo. Cuando se trate de usuarios con fallos de tutela, el profesional de la salud a cargo de la atención deberá realizar las prescripciones en la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio de acuerdo con su criterio y autonomía, con lo que considere necesario para garantizar el tratamiento de sus pacientes.

CAPÍTULO III

DEL SUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artículo 30. *Garantía del suministro.* Las EPS y las EOC consultarán la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito u ordenado por el profesional de la salud según corresponda, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud o servicios complementarios que requieren análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud, en cuyo caso la aprobación estará dada por esta y en el evento de ser aprobado deberá suministrarse.

Parágrafo 1°. En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento de la herramienta tecnológica o por la prescripción realizada mediante el formulario de contingencia que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin.

Parágrafo 2°. Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios que deben ser analizadas por la Junta de Profesionales de la Salud y la EPS o EOC identifique que la IPS responsable reportó la no realización de dicha Junta, acorde a lo señalado en el parágrafo 2 del artículo 23 de la presente resolución, deberá garantizar el suministro efectivo.

Parágrafo 3°. Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios que deben ser analizadas por la Junta de Profesionales de la Salud y la EPS o EOC identifique que la IPS no ha realizado el reporte de la decisión en el aplicativo, deberá realizar el suministro efectivo dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, de acuerdo con los términos previstos en la presente resolución.

Parágrafo 4°. Las EPS y las EOC deberán reportar a este Ministerio en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, de acuerdo con la metodología que se defina, la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo a cada usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario 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.

Parágrafo 5°. Las IPS u otros actores que presten, realicen o garanticen el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios deberán reportar a las EPS o EOC en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario de acuerdo con la metodología que se defina, la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo. 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. *Suministro efectivo.* Corresponde al hecho cierto de la entrega de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, por parte de las EPS y las EOC, las cuales deberán: **i)** verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, **ii)** implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, **iii)** garantizar el suministro efectivo de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a los usuarios sin trámites adicionales, y **iv)** garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones.

Asimismo, son responsables de garantizar el suministro efectivo, las IPS y proveedores cuando las EPS o las EOC les direccionen el usuario para la correspondiente atención o entrega, sin trámites adicionales.

Bajo ninguna circunstancia podrán: **i)** negarse sin justa causa el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, a los usuarios, **ii)** exigir al usuario nuevas prescripciones o invalidar la efectuada por el profesional de la salud, cuando la IPS o los proveedores definidos para realizar el respectivo suministro, sean distintos, **iii)** solicitar nuevas citas con los profesionales de la salud para realizar nuevas prescripciones de acuerdo a las anulaciones y **iv)** negar el suministro efectivo cuando la Junta de Profesionales ha dado aprobación, incluso fuera de los términos.

Parágrafo. Las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, prescritos y suministrados deberán realizarse a través del prestador definido por la EPS, so pena de las acciones por parte de autoridad competente, por la omisión o incumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 32. *Información a los usuarios del suministro.* Las EPS y las EOC deberán garantizar las condiciones tecnológicas, administrativas y operativas indispensables para informar oportunamente a los afiliados la ruta de suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, la cual deberá ser publicada en los puntos de atención al usuario, red de prestadores y canales virtuales.

Las EPS y las EOC deberán informar a los usuarios por cualquier medio escrito o electrónico de acuerdo a la normatividad vigente, a quienes se les haya prescrito tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios acerca de la fecha, dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado.

En el evento en que la Junta de Profesionales de la Salud apruebe o no apruebe un servicio o tecnología analizado, la EPS responsable del afiliado y la IPS que realizó la Junta deberán contactarlo de manera coordinada y concertada para comunicarle la decisión por cualquier medio escrito o electrónico de acuerdo a la normatividad vigente, durante las veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación de la decisión en la sesión de dicha Junta, entregando copia de la respectiva acta de la Junta de Profesionales que tomó la decisión.

Artículo 33. *Tiempos de suministro.* Las EPS y las EOC deberán garantizar el suministro efectivo al afiliado de la tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

1. **Ambulatorio no priorizado:** Dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de la prescripción.
2. **Ambulatorio priorizado:** Dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la fecha de la prescripción.
3. **Atención hospitalaria con internación, domiciliaria o de urgencias:** Dentro de un tiempo máximo de veinticuatro (24) horas. Este mismo término aplica res-

pecto de las prestaciones contenidas en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o las normas que modifiquen o sustituyan a las víctimas de que trata el artículo 3° de la citada ley.

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

Parágrafo 1°. En el caso de medicamentos, procedimientos (tecnologías en salud) que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales, entre otros, deberá garantizarse el 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 45 días calendario después de la autorización por Invima. 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 se ponga en riesgo la salud del paciente.

Parágrafo 2°. En caso de prestaciones sucesivas, el número de prescripción generado por la herramienta tecnológica, será válido para realizar las entregas hasta por un (1) 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 deberá tener presente lo señalado en el artículo 13 de esta resolución.

Artículo 34. *Reporte del suministro.* Las EPS o quien haga sus veces y las EOC deberán reportar a este Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario prescrito por el profesional de la salud, de acuerdo con la información suministrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, siendo esta última de obligatorio reporte por parte de dichas Instituciones así:

1. Cuando se trate de servicios ambulatorios el reporte del suministro efectivo se deberá realizar en tiempo real o máximo cada ocho (8) días calendario, mediante los mecanismos tecnológicos dispuestos por este Ministerio para dicho reporte. Para este efecto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros proveedores entregarán a la respectiva entidad responsable del afiliado la información necesaria para el mencionado reporte con la periodicidad mencionada.
2. Cuando se trate de servicios hospitalarios el reporte del suministro efectivo se deberá efectuar desde las veinticuatro (24) horas siguientes al egreso del afiliado y máximo hasta el momento en que se radica la facturación a la entidad responsable del afiliado.
3. Cuando la prescripción del profesional de la salud no requiera análisis de la Junta de Profesionales de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 y la IPS responsable de la Junta no haya reportado la no realización de la misma en la herramienta tecnológica, la entidad responsable del asegurado deberá realizar el suministro efectivo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al reporte y notificación de la decisión, al vencimiento de los tiempos previstos para la decisión de la Junta de Profesionales, situación que registrará en el mencionado reporte de suministro.

Parágrafo. En el evento de no realizar el reporte de información del suministro se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias.

TÍTULO III

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

Artículo 35. *Documentos generales para la presentación de recobros/cobros.* Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante ADRES o la entidad que esta defina, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario, 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 de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable.

Los planes de cuotas moderadoras y copagos de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, deberán actualizarse conforme a lo señalado en la normativa vigente aplicable, y remitirse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su fijación o modificación anual.

Artículo 36. *Documentos para el proceso de verificación de los recobros/cobros.* 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/cobro que para el efecto establezca ADRES.
2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
3. Documento soporte donde se evidencie la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Artículo 37. *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 ADRES, 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 al momento de su prestación.
2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para su fecha de prestación.
3. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de 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 no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.
5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez.
6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES 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 38. *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 tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, además de los documentos de que tratan los artículos 35 y 36 de la presente resolución, las entidades recobrantes deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. El número de prescripción generado por la herramienta tecnológica de que trata el artículo 5° de la presente resolución, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recobro/cobro.
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:
 - i) Reportarlo en CUM para medicamentos con registro sanitario o en el Identificador Único de Medicamento (IUM) para medicamentos vitales no disponibles y según corresponda de acuerdo a la normatividad vigente. Identificar la opción terapéutica que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito, financiado con recursos de la UPC, mediante la descripción en su Denominación Común Internacional (DCI) o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).
 - ii) Registrar de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, los campos asociados al medicamento que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito financiado con recursos de la UPC.
 - iii) Si el medicamento recobrado tiene comparador administrativo, deberá reportar en CUM de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, e indicar el nombre en su Denominación Común Internacional (DCI) o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), los demás campos asociados a dicho comparador deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
 - b) Si se trata de un procedimiento en salud:
 - i) Identificar el o los procedimientos que se utilizaron o descartaron en el tratamiento prescrito, financiados con recursos de la UPC de acuerdo a la codificación y denominación de la Clasificación Única 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. Para los casos en los cuales no existe un sustituto, no será exigible el diligenciamiento de este campo.
 - ii) Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código y descripción correspondiente, en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

Cuando el servicio solicitado por el profesional de la salud corresponda a un servicio complementario o producto 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 de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario además de la mencionada acta se deberá adjuntar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

3. Evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios, así:

- a) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios 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 o servicio complementario, 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 la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.
- c) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.
4. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 37 de la presente Resolución, deberá: i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine este ministerio, ii) así como registrar al usuario a quien se le suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.
5. La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la información que considera relevante en dicho proceso.

Artículo 39. *Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de tutela.* Para los recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 35 y 36 de la presente resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

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

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

3. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro/cobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:
 - a) Si se trata de un medicamento:
 - i) Reportarlo en CUM para medicamentos con registro sanitario o en Identificador Único de Medicamento (IUM) para medicamentos vitales no disponibles.
 - ii) Identificar la opción terapéutica que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito, financiada con recursos de la UPC, mediante la descripción en su Denominación Común Internacional (DCI) o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC).
 - iii) Registrar de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, los campos asociados al medicamento que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito financiados con recursos de la UPC.
 - iv) Si el medicamento recobrado tiene comparador administrativo, deberá reportar en CUM de acuerdo con el listado adoptado por este Ministerio, e indicar el nombre en su Denominación Común Internacional (DCI) o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), los demás campos asociados a dicho comparador deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
 - b) Si se trata de un procedimiento en salud:
 - i) Identificar el o los procedimientos que se utilizaron o descartaron en el tratamiento prescrito, financiados con recursos de la UPC de acuerdo con código y descripción de la Clasificación Única 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. Para los casos en los cuales no existe un sustituto, no será exigible el diligenciamiento de este campo.

- ii) Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código y descripción correspondiente, en cualquier caso, aprobado por este Ministerio o por la autoridad competente.
4. Evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios, así:
 - a) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio: firma autógrafa 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 la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias.
 - c) Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.
5. Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea ordenado por fallo de tutela, la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud o servicio complementario solicitado, que deberá corresponder siempre con la condición clínico-patológica del paciente, la que deberá reportarse por un médico de la entidad recobrante en la herramienta tecnológica de que trata el artículo 5° de la presente resolución. Lo anterior aplica para los casos en los cuales el profesional de la salud no haya generado la prescripción en la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución, al no considerarlo parte del tratamiento, caso en el cual para dar cumplimiento al fallo de tutela la entidad responsable del asegurado deberá ingresar la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a la herramienta tecnológica prevista en esta resolución.

En caso de que el profesional de la salud prescriba en la herramienta tecnológica las mencionadas prestaciones, y la justificación no sea suficiente para efectos del recobro/cobro, en la relación del nexo causal de la solicitud realizada por el profesional con el fallo de tutela y su cobertura, la entidad recobrante deberá completar la información relativa a la descripción del estado de salud del afiliado y lo ordenado en el fallo en la herramienta tecnológica. Lo anterior no implica devoluciones al profesional de la salud que realizó la prescripción para ampliación de la justificación en relación con los fallos de tutela.

Tratándose de tecnologías en salud o prestaciones sucesivas, además de lo previsto, se deberá indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

6. Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir con los requisitos esenciales aquí establecidos, deberá i) aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con los procedimientos que para el efecto determine este ministerio, ii) así como registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.
7. La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la información que considera relevante en dicho proceso.
8. Cuando se trate de recobros/cobros por el servicio de cuidador prestados a partir del 1° de diciembre de 2016 en virtud de un fallo de tutela y que requiera su continuidad, el reconocimiento y pago procederá, siempre y cuando la entidad recobrante acredite de manera adicional ante ADRES, lo siguiente:
 - a) Reporte de los afiliados del Régimen Contributivo a los que se les preste el servicio de cuidador, en cumplimiento de un fallo de tutela, el cual deberá actualizarse cada (2) dos meses, el segundo día hábil de cada mes, de conformidad con lo que establezca la ADRES.
 - b) Que el afiliado por el cual se recobre/cobre el servicio de cuidador tenga un Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar inferior a ocho (8) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). Para efectos de aplicar este requisito, la entidad recobrante tomará el IBC familiar reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este requisito no aplica cuando la EPS o EOC sean obligadas a suministrar el servicio por desacato a una tutela.

Este Ministerio, calculará el IBC familiar teniendo en cuenta la información del núcleo familiar reportada en la Base de Datos de Afiliados y la liquidación de aportes del período comprendido entre enero y diciembre del año inmediatamente anterior al que le fue prestado el servicio de cuidador, de acuerdo con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

- c) En el evento en que al servicio de cuidador se le hayan aplicado copagos, el recobro/cobro se presentará por la entidad recobrante debidamente reliquidado.
- d) Certificación del representante legal de la entidad recobrante en la que se dé cuenta que el servicio de cuidador prestado no implica sustitución de la atención paliativa ni de la atención domiciliaria a cargo de la EPS o EOC.

La EPS o EOC realizará la valoración periódica de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador. El resultado de dicha valoración estará disponible en la EPS para las verificaciones a que haya lugar por parte de los órganos de vigilancia y control del sector.

Parágrafo 1°. 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.

Parágrafo 2°. En el evento que el fallo de tutela no ordene expresamente el servicio de cuidador ni determine el tiempo durante el cual la EPS o EOC debe garantizar el mismo, la entidad recobrante deberá aportar en el trámite del recobro/cobro certificación expedida por el médico tratante que dé cuenta de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador, la cual será actualizada anualmente, cuando el servicio de cuidador se preste por más de doce (12) meses.

Parágrafo 3°. Lo previsto en el literal b) del numeral 8 del presente artículo se exigirá hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule los copagos para las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Artículo 40. *Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente.* La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, deberá especificar:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura o documento equivalente, 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 o documento equivalente incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, 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 la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y el (los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor, de tecnologías en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios, se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social y ADRES, el cual será publicado en la página web de la Administradora de manera semestral.

Parágrafo 1°. Cuando se trate de recobros/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 2°. 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 3°. Para efectos del recobro/cobro por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, suministradas por Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

Parágrafo 4°. A partir del 1° de enero de 2019 se deberá cumplir con los criterios y requisitos que se exigen para la factura electrónica en el marco de la normatividad expedida por Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), la Ley 1816 de 2016 artículo

308 párrafo transitorio 2°, el Decreto 2242 de 2015, la Resolución 000019 de 24 febrero 2016 y demás normas que adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 41. *Agrupación de recobros/cobros.* Las entidades recobrantes deberán realizar la agrupación del recobro/cobro, en cualquiera de los siguientes esquemas: i) por afiliado o usuario de acuerdo con el origen del recobro/cobro, es decir los prescritos por el profesional de la salud en la herramienta tecnológica para prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, los autorizados por CTC y los ordenados por fallo de tutela por cada período de radicación, ii) En caso de que se facturen tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a un mismo afiliado, en diferentes prestadores o proveedores, la entidad recobrante podrá presentar las solicitudes de recobro/cobro de dicho afiliado agrupadas por el prestador o proveedor.

TÍTULO IV

VERIFICACIÓN, CONTROL, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artículo 42. *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. Prerradicación.
2. Radicación.
3. Preauditoría.
4. Auditoría Integral.
5. Pago.

La ADRES expedirá el manual de operaciones de recobros/cobros, el cual deberá contemplar el proceso, así como los mecanismos previstos para garantizar la eficiencia en los procesos de auditoría, la disminución de los costos de transacción y la protección de los recursos del sistema.

CAPÍTULO I

Etapas de prerradicación

Artículo 43. *Objeto de la Etapa de prerradicación.* 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 44. *Iniciación de la etapa de prerradicación.* Esta etapa inicia con el registro en la herramienta tecnológica que efectúa la entidad recobrante respecto de la información correspondiente a cada solicitud de recobro/cobro, con las instrucciones y cronograma que para el efecto determine la ADRES.

Artículo 45. *Validación de la información registrada.* La ADRES validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
2. Base de Datos del Régimen de Excepción (BDEX).
3. Base de la Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).
4. Número de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.
5. Código Único de Medicamentos (CUM).
6. Identificador Único de Medicamento (IUM) para medicamentos vitales no disponibles.
7. Código y descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), cuando aplique de acuerdo a la normatividad vigente.
8. Registro Único de Víctimas (RUV).
9. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

Parágrafo. La ADRES, previa coordinación con 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 46. *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 que contendrán los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación: solicitudes del profesional de la salud o fallos de tutela, y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Estos 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: 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 47. *Finalización de la etapa de prerradicación.* La etapa de prerradicación 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 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; indicando su número de matrícula profesional.

CAPÍTULO II

Etapas de radicación

Artículo 48. *Objeto de la etapa de radicación.* El objeto de esta etapa es presentar ante la ADRES los formatos de solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético a que refiere la presente resolución, según corresponda.

Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte ADRES.

Parágrafo. Cuando la entidad recobrante no aporte los formatos de solicitud de los recobros/cobros o estos no contengan las firmas del representante legal y revisor fiscal o contador público, según corresponda, junto con su 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 49. *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 la ADRES.

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

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

Etapas de preauditoría

Artículo 50. *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 37.

Artículo 51. *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 prerradicación y radicación, la ADRES 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 las tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC o servicios complementarios aprobados por junta de profesionales.
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. Inconsistencia entre lo reportado en el medio magnético y los soportes documentales allegados en el recobro. Para tal efecto, ADRES definirá los campos del anexo sobre los cuales se realizará esta validación.

En estos casos, la ADRES, 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. Las solicitudes de recobro/cobro radicadas oportunamente que fueron objeto de anulación en la etapa de preauditoría, sobre las cuales se han cumplido tres (3) años contabilizados a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, a que refiere el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, podrán ser presentadas nuevamente, por una única vez, en el periodo de radicación inmediatamente siguiente a la comunicación que informe sobre entrega de la documentación, por lo que se entenderán radicadas en término. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

CAPÍTULO IV

Etapas de auditoría integral

Artículo 52. *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 53. *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.

Artículo 54. *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 la ADRES, 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 55. *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 56. *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, 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 allegados inicialmente, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información. Si la ADRES dispone de la información soporte para el recobro/cobro no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.

Artículo 57. *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 sólo 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 allegados inicialmente, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría.

Si la ADRES dispone de la información soporte para el recobro/cobro no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.

Artículo 58. *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 59. *Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada.* La ADRES 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 documento. El pronunciamiento que efectúe, se considerará definitivo.

TÍTULO V
TÉRMINOS Y PLAZOS

Artículo 60. *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 la ADRES, teniendo en cuenta lo siguiente:

- 1. Para las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios 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 o la norma que actualice, modifique o sustituya.
- 2. Para las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios 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 o la norma que la modifique o sustituya.

Artículo 61. *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 y condiciones que establezca la ADRES.

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 o la norma que la modifique o sustituya, 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 62. *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.* La ADRES 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 ADRES.

Artículo 63. *Días habilitados para la radicación de las objeciones y subsanaciones.* El periodo 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 veinte (20) del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el periodo 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 64. *Financiación.* De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya, las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o los servicios complementarios, se financiarán con los recursos apropiados para el efecto en el presupuesto de recursos administrados por la ADRES.

Artículo 65. *Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros/cobros.* La ADRES efectuará a más tardar el octavo (8°) día hábil siguiente al vencimiento del periodo de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral a favor de las entidades recobrantes de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante, conforme con la metodología que para el efecto defina la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES.

Parágrafo. 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 a girar, serán determinados de acuerdo con el flujo de ingresos y gastos derivados de la ejecución del proceso de compensación. Cuando los recursos disponibles resulten insuficientes respecto

al monto total del giro previo, la ADRES ordenará el gasto y autorizará el giro hasta por el monto disponible, priorizando el giro a la red prestadora de servicios.

Artículo 66. *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 ADRES por cualquier concepto, 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.

La ADRES acudirá al mecanismo que sea necesario para obtener el reintegro de los valores, cuando a ello hubiere lugar producto del resultado de auditoría.

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 tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, conforme a la distribución realizada por la entidad recobrante, a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante ADRES.

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 a ADRES.

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 IPS y el porcentaje restante, a favor de la entidad recobrante conforme a la distribución realizada por esta a la cuenta bancaria registrada ante ADRES.
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 la autorización suscrita por su representante legal en los términos y formatos que para el efecto establezca la ADRES.

Artículo 67. *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 68. *Monto a reconocer y pagar por recobro/cobro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* El monto a reconocer y pagar por recobros/cobros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios 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 financiados con recursos de la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.**

- a) El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no financiados con recursos de la UPC, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, utilizados o descartados.
- b) Cuando el medicamento no financiado con recursos de 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.*

- c) 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.
- d) No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.
- e) 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 financiados con recursos de la UPC, ADRES 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 financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por este

Ministerio 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.

- f) 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, la ADRES reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social; 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.
- g) Los medicamentos no financiados con recursos de la UPC que sean objeto de compra centralizada no serán reconocidos y pagados por ADRES, cuando se trate de usuarios que inician el tratamiento por primera vez o que requiriendo usar más de un ciclo de tratamiento, este se encuentre en su inicio.

Para los usuarios que se encuentren en tratamiento en curso y la EPS o EOC certifique mediante su representante legal la compra del tratamiento completo, del (los) medicamento(s) objeto de compra centralizada, o de un tratamiento diferente al suministrado por este Ministerio, se reconocerán, previo proceso de auditoría integral por la ADRES, al valor de compra del Ministerio si hace parte de los medicamentos de compra centralizada o de acuerdo con la regulación de precios si aplica.

Cuando no se tenga existencia por parte de este Ministerio de los medicamentos objeto de la compra centralizada, se reconocerán, previo procedimiento de auditoría integral, al valor de compra del Ministerio.

Cuando el valor solicitado del tratamiento con la tecnología en salud no financiada con recursos de 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 recursos de la UPC y no procederá la radicación del recobro/cobro.

2. **Procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela.**

- a) El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos en salud no financiados con recursos de 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 o prestación de salud.
- b) 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.
- c) 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 financiados con recursos de la UPC, realizados bajo diferente tecnología o vía quirúrgica, prescritos por el profesional de la salud o por fallos de tutela.**

- a) El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos en salud financiados con recursos de 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 en salud suministrado con esta tecnología o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología o vía de acceso financiados con recursos de la UPC, considerando el principio de eficiencia consagrado en la Ley 1751 de 2015 y según determine este Ministerio.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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 el valor solicitado del tratamiento con la tecnología en salud no financiada con recursos de 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 recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro/cobro.

Parágrafo 2°. En el proceso de auditoría integral que adelante ADRES o la entidad que esta defina, se verificará que los dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento o pago de los dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el mecanismo de protección colectiva (PBSUPC) o en actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. Cuando se trate del reconocimiento de tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios como consecuencia de una complicación por el uso o aplicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, será necesario relacionar la factura que dio origen a la atención inicial no financiada y por lo tanto podrá diligenciar las solicitudes a través de la herramienta tecnológica la entidad recobrante a través del profesional de salud que habilite en el rol de transcriptor por el módulo que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga en la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución.

Artículo 69. *Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas con reliquidación.* La ADRES 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 las tecnologías no financiadas con recursos de 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 70. *Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas parcialmente.* La ADRES 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 descritas en el Plan de Beneficios.
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 71. *Procedencia de giro a proveedores de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* Las entidades recobrantes que se acojan a la excepción prevista en el numeral 6 del artículo 40 de la presente resolución, podrán autorizar el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato establecido por la ADRES debidamente diligenciado, mediante el cual, el representante legal de la entidad recobrante autoriza a la ADRES, a girar al proveedor en nombre de la entidad recobrante, los recursos a que refiere este artículo, a la cuenta bancaria que el proveedor haya registrado.
2. Relación en la que se discrimine la distribución de giro entre los proveedores de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, objeto de la medida, previos los descuentos a que haya lugar. Dicha relación será enviada por la entidad recobrante, una vez la ADRES, 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.

TÍTULO VII

DIVERGENCIAS RECURRENTES

CAPÍTULO I

Presentación

Artículo 72. *Definición.* Conforme al artículo 122 del Decreto Ley 019 de 2012 se entiende por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre más de una entidad recobrante y la ADRES respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro/cobro en más de un periodo de radicación.

Artículo 73. *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 ante la ADRES, son los siguientes:

1. La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y la ADRES, respecto de glosas que en la auditoría integral hayan sido aplicadas a recobros/cobros en más de un periodo de radicación.
2. Las entidades recobrantes, solicitarán, describirán y sustentarán la diferencia conceptual, soportada fácticamente y con criterios objetivos de carácter técnico o legal en los formatos que determine la ADRES.
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/cobro.

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/cobro o de los documentos que las soporten.

Parágrafo 2°. Una vez este Ministerio se haya pronunciado sobre una divergencia recurrente, el concepto que lo sustenta se aplicará a las solicitudes de recobro/cobro de todas las entidades recobrantes que presenten la misma divergencia recurrente y se constituirá como criterio general de auditoría.

Parágrafo 3°. Si la divergencia recurrente trata sobre los contenidos del plan de beneficios financiados con la UPC, y es radicada ante la ADRES, la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social definirá los formatos, archivo y contenidos que permitan como mínimo la identificación de la tecnología de acuerdo con la normatividad vigente y del año de prestación de servicios.

Artículo 74. *Trámite y procedimiento de la divergencia recurrente.* Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causa, la ADRES adelantará el siguiente procedimiento:

1. Validará que la solicitud presentada por las entidades recobrantes frente a las divergencias recurrentes, cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 73.
2. Presentará su solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social conforme a lo dispuesto en este acto administrativo dentro de los 15 días calendario siguientes a la presentación de la solicitud de la entidad recobrante.
3. La ADRES solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social el análisis y concepto para dirimir la divergencia recurrente. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la secretaría técnica con base en lo discutido en el comité emitirá el concepto y remitirá a la ADRES.
4. Cuando el concepto del comité resulte favorable a la entidad recobrante, se realizará un nuevo proceso de auditoría a los recobros objeto de la divergencia, en los periodos de radicación que establezca la ADRES, cuyo costo será asumido por la entidad recobrante.

Artículo 75. *Requisitos generales para la radicación de solicitudes de recobros objeto de divergencia recurrente.* Dentro de los periodos de radicación establecidos para el efecto por la ADRES, las entidades recobrantes presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y archivos establecidos por la ADRES y deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Allegar los formatos diligenciados.
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/cobro.
4. Cuando se trate de recobros/cobros que hacen parte de un proceso judicial, se deberá adjuntar debidamente diligenciado el formato respectivo.

Artículo 76. *Requisitos adicionales para recobros presentados por divergencias recurrentes que hagan parte de procesos judiciales en curso.* Las entidades recobrantes que radiquen recobros/cobros 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/cobros, 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/cobros 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/cobros que se encuentran incluidos en procesos judiciales, las entidades recobrantes deberán diligenciar para cada consolidado, el formato correspondiente y adjuntarlo al momento de la radicación.

Parágrafo 2°. Para efectos del pago de los recobros/cobros 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/cobros 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 77. *Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro.* La ADRES deberá adelantar el estudio de las solicitudes de recobro/cobro 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 del Decreto 780 de 2016 y en la presente resolución.

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

Artículo 78. *Procedimiento de la no aprobación de las solicitudes de recobros en caso de divergencia recurrente.* Los elementos, ítems y valores de los recobros/cobros 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/cobro, 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 técnicos para el reconocimiento de divergencias recurrentes

Artículo 79. *Miembros*. El Comité o Grupo de Definición de Criterios Técnicos para el Reconocimiento de Divergencias Recurrentes, estará conformado por los siguientes miembros:

1. El Viceministro de Protección Social o su delegado.
2. El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado.
3. El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones o su delegado.
4. El Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud o su delegado.
5. El Director Jurídico o su delegado.
6. El Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, quien podrá delegar en la Subdirección de Beneficios del Aseguramiento en Salud.
7. El Director de Promoción y Prevención, quien podrá delegar en la Subdirección de Alimentos.

Parágrafo 1°. Funcionarios de la ADRES podrán participar como invitados de conformidad con la citación.

Parágrafo 2°. La delegación de los directores solo aplicará cuando estos se encuentren fuera de la ciudad en comisión de servicio.

Artículo 80. *Funciones*. El Comité de Definición de Criterios Técnicos para el Reconocimiento de Divergencias Recurrentes, definirá los lineamientos y criterios técnicos sobre el reconocimiento de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios que deben incluirse en el manual de auditoría de recobros, emitir conceptos y recomendaciones a la ADRES respecto de las divergencias recurrentes.

Artículo 81. *Secretaría técnica*. La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud tendrá dentro de sus funciones las siguientes:

1. Citar a los miembros del Comité a las sesiones ordinarias y extraordinarias.
2. Recibir la solicitud de ADRES en relación con las divergencias recurrentes.
3. Elaborar el orden del día de cada reunión y remitirlo a los miembros del Comité.
4. 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.
5. 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.
6. Rendir los informes que le sean solicitados.
7. Administrar el archivo de los documentos del Comité.
8. Las demás que le sean asignadas por el Comité.

Artículo 82. *Reuniones y toma de decisiones*. El Comité se reunirá previa convocatoria de la secretaría técnica con 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. Adicionalmente, 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.

TÍTULO VIII

TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN LA GARANTÍA DE SUMINISTRO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artículo 83. *Integración de datos al Sispro*. Los datos consolidados a partir de la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios 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 84. *Requerimientos y solicitudes de información*. Este Ministerio 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 tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Artículo 85. *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) y, a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).
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 86. *Salidas de información a partir del reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios*. 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 85 de la presente resolución.

Artículo 87. *Indicadores*. Este Ministerio publicará y mantendrá actualizado el catálogo, las fichas y las estimaciones de los indicadores disponibles a partir del reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. En caso de requerirse un indicador no incluido en el catálogo de indicadores, la persona o institución interesada deberá solicitarlo a este Ministerio, especificando la definición de lo que desea estimar, el o los indicadores que permiten aproximarse a la estimación y la justificación.

Artículo 88. *Desarrollo de estudios e investigaciones*. Este Ministerio promoverá, estimulará y apoyará el uso de los datos generados a partir del reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios. 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 89. *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 90. *Servicios brindados a las víctimas de que trata la Ley 1448 de 2011*. Las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, las EOC y las demás que este Ministerio autorice en el marco de sus competencias, tramitarán por el procedimiento de recobro/cobro previsto en la presente resolución, las prestaciones de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén financiados con recursos de la UPC, ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima o su grupo familiar.

Artículo 91. *Fijación de periodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros*. La ADRES 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 92. *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, ADRES 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 93. *Control y seguimiento*. La ADRES dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando se presenten recobros/cobros por prestaciones que correspondan a los beneficios en salud financiados con recursos de la UPC.

Las entidades recobrantes 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 las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, 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 94. *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 genera la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución.

Parágrafo. En relación con el reconocimiento y pago de los recobros ante la ADRES, esta recibirá y tramitará las solicitudes presentadas con acta de Comité Técnico Científico, si por la movilidad descrita en este artículo, el soporte para presentar los recobros corresponde a éste. 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 la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Artículo 95. *Nominación, evaluación y aprobación de usos no incluidos en el registro sanitario.* El Ministerio de Salud y Protección Social por iniciativa propia o a solicitud de las sociedades científicas, reportará al Invima los usos no incluidos en los registros sanitarios de los medicamentos que considere necesarios para salvaguardar la vida y salud de los pacientes, adjuntando la evidencia científica que soporte la eficacia o efectividad y seguridad del uso no incluido en el registro, según lo disponen los Decretos 677 de 1995 y 1782 de 2014, según sea el caso, o las normas que los modifiquen o sustituyan.

El Invima realizará la evaluación de seguridad y eficacia o efectividad, mediante evaluación farmacológica, para el uso no incluido en el registro sanitario. Si este encuentra que el uso es seguro y eficaz o efectivo, iniciará un proceso de revisión de oficio al registro sanitario de medicamentos con el mismo principio activo, en los términos previstos en el artículo 101 del Decreto 677 de 1995 y demás normas aplicables, con el fin de incluir el nuevo uso en el registro sanitario y de esta manera poder financiarlo con recursos públicos.

Si una vez culminado el proceso de revisión de oficio, algún titular no está de acuerdo con la inclusión del uso en su registro sanitario, este Ministerio podrá solicitar la modificación del registro sanitario con base en la potestad dada por el último párrafo del artículo 72 de la Ley 1753 de 2015. En tal caso, el Invima procederá a incluir el uso en el registro sanitario y, en consecuencia, los titulares asumirán las responsabilidades técnicas y legales derivadas de la inclusión del nuevo uso en el registro sanitario.

Artículo 96. *Listado UNIRS.* El listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario estará compuesto por usos que habiendo cumplido el procedimiento establecido en el artículo anterior, no cuentan con evidencia científica suficiente para dar certeza sobre su eficacia o efectividad, pero constituyen la única alternativa terapéutica disponible para los pacientes, según lo determine el Invima luego de culminada la evaluación farmacológica del uso. El uso será evaluado periódicamente por esa institución a la luz de la nueva evidencia que pueda surgir de acuerdo a los procedimientos definidos para este fin, de manera que pueda tomarse una decisión de fondo sobre su eficacia o efectividad y determinar si se incluye o no en el registro sanitario.

La prescripción de estos medicamentos debe cumplir con lo establecido en los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que los modifique o sustituya. Los profesionales de la salud prescribirán conforme a los criterios señalados en este acto administrativo y pasará a aprobación por Junta de Profesionales de la Salud, sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en el Capítulo II de la presente Resolución. Adicionalmente, en la historia clínica del paciente deberá reposar copia del consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

Parágrafo 1°. La responsabilidad de los posibles desenlaces y complicaciones que se presenten por el uso de estos medicamentos será responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria, de la IPS en la que funcione la respectiva Junta de Profesionales de la Salud, que apruebe dicha prescripción.

Parágrafo 2°. Para el caso de medicamentos con UNIRS, los documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud corresponden al acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada y el respectivo consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante. Adicionalmente, en el proceso de auditoría validará la existencia de la prescripción y el registro de la aprobación de la Junta de Profesionales realizado por el secretario técnico de la IPS.

De cumplir con la totalidad de los requisitos definidos en el procedimiento previsto en este acto administrativo, los medicamentos con UNIRS serán reconocidos y pagados por la ADRES. Lo anterior deberá ser notificado por la Dirección de Medicamentos de este Ministerio oportunamente a la ADRES para efectos de la auditoría integral de los recobros que se presenten con los medicamentos de dicho listado.

Parágrafo 3°. Los usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS) registrados en la herramienta tecnológica a la fecha de expedición de la presente Resolución, seguirán disponibles para su prescripción, hasta tanto el Invima realice el proceso de evaluación de conformidad con el artículo 95 y su prescripción debe cumplir con lo establecido en el presente acto administrativo. El Invima establecerá un procedimiento donde definirá los tiempos y el orden en el cual se realizarán las revisiones de los usos anteriormente mencionados.

Artículo 97. *Transitoriedades.* Para efecto de dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en la presente resolución, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

1. Las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud hasta el 31 de marzo de 2017 y tramitadas ante el CTC de la EPS con posterioridad a esta fecha, podrán ser presentadas ante la ADRES para surtir el proceso de auditoría integral, siempre y cuando la fecha de elaboración del acta del CTC no supere el 30 de junio de 2017, conforme a lo establecido en la Resolución 5395 de 2013.

En caso de requerirse aclaraciones a las actas de CTC, estas podrán ser realizadas por el CTC o por un médico de la entidad recobrante y validadas por el representante legal.

2. De mantenerse la necesidad del usuario, la EPS podrá suministrar los productos de soporte nutricional prescritos que no fueron analizados por la Junta de Profesionales de la Salud, previa verificación de la prescripción y que cumplan el requisito del numeral 5 del artículo 12 del presente acto administrativo, siempre que se trate de prescripciones realizadas en los últimos seis (6) meses anteriores a la entrada en vigencia del presente acto administrativo.

Las prescripciones derivadas de MIPRES anteriores a esta fecha, deberán evaluarse por la EPS para determinar la pertinencia del suministro y surtirán el mismo trámite del recobro/cobro previsto en este acto administrativo en caso de determinar dicha pertinencia y de requerirlo.

La ADRES realizará una revisión a estas prescripciones con el propósito de determinar al finalizar el proceso las prescripciones que deberán ser anuladas de la base de datos.

3. Las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios prescritos con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución y que fueron suministrados efectivamente al usuario en fecha anterior a la anulación en la herramienta tecnológica, podrán ser presentados ante la ADRES para surtir el proceso de auditoría integral.

Para aquellos recobros que cumplen la condición mencionada, la ADRES habilitará un periodo de radicación e informará a las entidades para que adelanten el trámite a que haya lugar a través de la herramienta tecnológica.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de dos (2) meses contados a partir de la publicación de la presente resolución, habilitará en la herramienta tecnológica, los módulos de que tratan los artículos 31 y 34 del presente acto administrativo.
5. La ADRES habilitará un periodo de radicación para aquellos recobros/cobros sobre los cuales las entidades recobrantes debieron objetar o subsanar la glosa en el periodo comprendido entre mayo a diciembre de 2017 e informará para que adelanten el trámite a que haya lugar, para lo cual el término de que trata los artículos 56 y 57 del presente acto administrativo, no serán tenido en cuenta.
6. Para efectos del recobro/cobro, aquellas prescripciones que hayan sido modificadas por el profesional de la salud y de las cuales el paciente no cuente con dicha prescripción modificada, la evidencia de entrega podrá ser evaluada con la prescripción inicial, siempre y cuando corresponda con lo facturado y presentado.
7. Las solicitudes de solución de divergencia recurrente presentadas ante la ADRES o este Ministerio a la entrada en vigencia del presente acto administrativo se tramitarán en el formato en que fueron radicadas. Dicho trámite se hará dentro de los dos (2) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo.

Artículo 98. *Vigencia y derogatoria.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 5395 de 2013 salvo lo previsto en su Título II, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de tecnologías sin financiación con recursos de la UPC o servicios complementarios suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado. Igualmente se derogan las Resoluciones 3951, 5884 y los artículos 5° y 6° de la 5928 de 2016 y 532 de 2017.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 10 de mayo de 2018.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.
(C. F.).

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 826 DE 2018

(mayo 10)

por el cual se hace una designación.

La Ministra de Educación Nacional de la República de Colombia, Delegataria de funciones presidenciales en virtud del Decreto número 773 del 8 de mayo de 2018, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 13 del artículo 189 de la Constitución Política y conforme al parágrafo del artículo 62 y literal c) del artículo 64 de la Ley 30 de 1992,