

Por el cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos, se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA y se dictan otras disposiciones, durante el periodo de transición del que trata el artículo 19 del decreto legislativo 128 de 2010.

## **CONSIDERANDO**

Que en virtud de lo dispuesto por el Decreto Legislativo 128 de 2010, se hace necesario ajustar los procedimientos y formatos, entre otras condiciones para el trámite de los recobros ante el Fondo de Solidaridad de Garantía – FOSYGA, en consideración con los artículos 19 y 20 de en mención.

## **RESUELVE:**

### **CAPITULO I**

#### **DE LOS COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS**

**Artículo 1º. Conformación de los Comités Técnico Científicos.** Conforme a lo preceptuado por el Acuerdo 228 de 2002, y demás normas impartidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, integrarán un Comité Técnico-Científico (CTC), que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, según corresponda, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y un (1) representante de los usuarios.

Las EPS podrán conformar de manera independiente o asociarse con otras EPS para crear un solo Comité Técnico Científico por departamento o conjunto de departamentos.

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

Los Comités Técnico-Científicos deberán en todo caso, garantizar la oportunidad y la facilidad de acceso de los afiliados al Comité.

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deberán reportar en debida forma a la Superintendencia Nacional de Salud el acta de conformación identificando sus integrantes y deberán someterse a todas las exigencias y requisitos establecidos por los respectivos organismos de control y regulación.

La conformación del Comité Técnico-Científico deberá ser informada cada vez que se modifique.

**Artículo 2º. Requisitos de los miembros del Comité Técnico Científico.** El representante de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá ser médico con experiencia mínima de dos años en el ejercicio profesional.

Los miembros del Comité Técnico-Científico deberán suscribir una carta de compromiso que se entenderán presentadas bajo la gravedad del juramento, en la cual manifiesten

---

---

que a partir del momento de la aceptación del cargo y hasta su retiro, no recibirán ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. El representante de los usuarios no podrá ser empleado de ninguno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los miembros del Comité no podrán ser representantes legales, miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos.

**Artículo 3º. Elección de los representantes.** Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán realizar una convocatoria abierta, entre sus prestadores de servicios de salud, asociaciones de usuarios o usuarios, que permita la selección objetiva de los representantes en el Comité y sus suplentes personales, garantizando la participación democrática de las entidades y los usuarios, la cual deberá publicarse en un diario de amplia circulación local con 10 días de anterioridad. En todo caso, los miembros del Comité Técnico Científico serán elegidos para un único período no mayor a dos años.

**Artículo 4º. Funciones.** El Comité Técnico Científico tendrá las siguientes funciones:

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

**Artículo 5º. Reuniones.** El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones y por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dejará constancia en un libro de actas debidamente foliadas y suscritas por los miembros del Comité, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en el libro de actas.

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

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

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

- 
- b) Solo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigentes en el país como las expedidas por el INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud. En el evento de requerirse la prescripción de los medicamentos vitales no disponibles deberá allegar la factura o el soporte que lo sustituya, en los que conste el precio de compra al proveedor de origen, sea este nacional o extranjero y observará lo establecido en el Decreto 481 de 2004 y las normas que lo adicionen, modifiquen y/o complementen.
- c) La prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, será consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, contenidas tanto en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto en sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia al mismo o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.

El Acta del Comité Técnico-Científico en la que se apruebe un medicamento “de marca” deberá incluir un acápite específico en el cual el médico tratante que debe prescribir un medicamento bajo la denominación común internacional (genérico), justifique que ya ha comprobado que para el usuario es mejor, desde el punto de vista médico, el medicamento de marca, debiendo justificar ante el Comité Técnico Científico su necesidad médica, así también el Comité Técnico Científico debe analizar desde la perspectiva médica la solicitud y tomar una decisión. (Sentencia T-760 de 2008)

- d) No se podrá aprobar prestaciones que consistan en actividades de educación, instrucción o capacitación; actividades recreativas o lúdicas; las prendas de vestir; las actividades e insumos cosméticos, estéticas, suntuarias o con fines de embellecimiento y los gastos generados por la presencia de acompañantes. Tampoco aquellas prestaciones que no cuenten con evidencia científica o que se encuentren en fase de experimentación; y aquellos medicamentos, suministros y dispositivos médicos, tecnologías, procedimientos, intervenciones, actividades y tejidos humanos, que sean producidos o introducidos en el territorio nacional de manera ilegal o no autorizada, entre otros, o los que no correspondan a los expresamente registrados, aprobados o autorizados, de acuerdo con la normatividad vigente. Así mismo no se podrán aprobar las prestaciones correspondientes a las limitaciones y exclusiones del POS, Acuerdo 008 de 2009 de la CRES o aquel que haga sus veces, vigentes a la fecha de prestación del servicio.

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

- a) La o las prescripciones u órdenes médicas y su justificación, serán presentadas y debidamente sustentadas por escrito, por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica; el nombre del medicamento utilizando el Código de Medicamentos, CUM y la denominación común internacional; la identificación de su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individual (es) o combinados; concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada del medicamento solicitado y el nombre del medicamento, en su

---

denominación común internacional o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se remplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis equivalentes al medicamento autorizado, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística.

- b) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un servicio médico o prestación de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentada por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y la identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que se remplazan o sustituyen, equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística.
- c) La o las prescripciones u órdenes médicas y su justificación, señaladas en los literales a) y b), debidamente sustentadas por escrito, por el médico tratante, deberán ser analizadas y comparadas con los estándares, guías, protocolos o doctrinas definidas y publicadas para el efecto, si las hubiera, de lo cual deberá dejar constancia escrita en la respectiva acta.
- d) El Comité, dentro de la misma sesión de la presentación de la prescripción u orden médica y su justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta.
- e) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán a profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada. De la negativa del médico tratante a allegar la información o documentación adicional solicitada, así como de los conceptos adicionales emitidos por los especialistas, se dejará constancia en el acta.
- f) El Comité podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el Comité Técnico-Científico nuevamente analice el caso y si la respuesta al tratamiento es favorable, determine la periodicidad con la que se continuará autorizando y suministrando el medicamento, el que en ningún caso podrá ser por tiempo indefinido.

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

Una vez autorizado por parte del Comité Técnico-Científico el medicamento, actividades procedimientos e intervenciones, no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad administradora de planes de beneficios deberá garantizar el suministro del medicamento,

---

servicio médico o prestación de salud al usuario y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el FOSYGA, de conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo 128 de 2010 y en la presente Resolución. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar el recobro ante las entidades territoriales competentes.

**PARAGRAFO:** El Acta del Comité Técnico Científico se acompañará de la Certificación del Médico en el formato que se anexa a la presente Resolución, copia de la epicrisis o resumen de la historia clínica y de la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica y otros soportes considerados para la toma de la decisión.

**Artículo 8º. Excepciones.** Cuando la prestación se requiera para evitar un riesgo inminente o un peligro irresistible para la vida del paciente, el procedimiento previsto en la presente Resolución, no se realizará de manera previa a la prestación, sino que se adelantará una vez suministrada la prestación, para lo cual en todo caso, se deberá dar cumplimiento a los criterios de autorización establecidos en esta Resolución.

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

## CAPITULO II

### **PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECOBROS AL FOSYGA POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL POS Y FALLOS DE TUTELA**

**Artículo 9º. Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de recobro.** Las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, deberán diligenciarse en el formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo "RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO" que se adoptan a través de la presente Resolución, y se acompañarán de los siguientes documentos:

- a) Certificado de existencia y representación legal de la administradora de planes de beneficios, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días. Este documento deberá remitirse al Ministerio de la Protección Social o a la entidad que se defina para tal efecto cada vez que se modifique la representación legal.
- b) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado.
- c) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud - POS de los proveedores de la entidad. Este documento deberá actualizarse cada vez que se presente alguna novedad, evento en el cual, deberán ser remitidos dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia de la misma.
- d) Certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación sólo deberá actualizarse cuando se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.

- 
- e) El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.
- f) Autorización de descuento automático contra los resultados del proceso de compensación, de valores pagados previos al proceso de auditoría al recobro, suscrito por el representante legal, para los recobros que resulten rechazados o desistidos por aprobación condicionada a la que no se allegaron en tiempo los documentos pendientes, como consta en el formato correspondiente.

**Parágrafo:** Los documentos relacionados en el presente artículo sólo se deberán presentar junto con el primer recobro, salvo que se hubiese presentado alguna modificación, caso en el cual deberá anexarse el documento correspondiente en el recobro siguiente a dicha modificación, o en el plazo señalado.

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

- a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES EXCEPCIONALES EN SALUD -CTC", numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;
- b) Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se incluya la autorización del medicamento, el servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El acta deberá contener:
- (i) La fecha de elaboración y número del acta.
  - (ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente.
  - (iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio.
  - (iv) El resumen de las prescripciones u órdenes, servicios o prestaciones médicas y su justificación, señalando la fecha y demás datos consignados en la misma, elaborada por el médico tratante, quien deberá identificarse plenamente e incluir su número de registro.
  - (v) El detalle sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud excepcional en salud, así:
    - El nombre del medicamento en su denominación común internacional y el Código Único de Medicamentos, CUM; identificación del grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados; concentración; forma farmacéutica; número de días/tratamiento; número de dosis/día y cantidad autorizada.
    - La identificación del objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación) del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos.
    - Los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo por el que se requiere una nueva evaluación.

- 
- Los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.
  - (vi) La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en su denominación común internacional y el Código Único de Medicamentos, CUM, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado.
  - (vii) La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en el Plan Obligatorio de Salud equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.
  - (viii) En el caso de que no existan en el Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación excepcional en salud, autorizados por el Comité Técnico Científico debe quedar manifiesta esta situación en el Acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.
  - ix) La identificación de los insumos por recobrar en términos técnicos y con la denominación técnica, indicando el procedimiento para el cual fue utilizado, el cual se soportará mediante resumen de la historia clínico o epicrisis.
  - (x) La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente Resolución, certificando que éstos han sido constatados en resumen de atención o epicrisis, historia clínica del afiliado o paciente.
  - (xi) En caso de negarse la solicitud de suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, deberá indicar la justificación técnica y científica que la soporta.
  - (xii) Nombre de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para los médicos integrantes se requiere el número del registro médico.
- c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:
- (i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
  - (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
  - (iii) Código, descripción, valor unitario y total.
  - (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud.

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

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

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

- 
- d) Copia de la orden o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el capítulo cuarto del Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.
- e) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud, así:
- (i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado, como constancia de recibido por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación.
  - (ii) En atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias
  - (iii) En atención de urgencias con observación, servicios que incluyan hospitalización o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.
- f) Justificación de la necesidad clínica del medicamento en su denominación de marca cuando la autorización cumpla con las condiciones de que trata la sentencia T-760 de 2008, así: “a) el médico tratante debe prescribir el medicamento bajo la denominación común internacional (genérico), salvo que ya hubiese comprobado que para el usuario es mejor, desde el punto de vista médico, el medicamento de marca; b) si el médico tratante prescribe un medicamento de marca, debe justificar ante el Comité Técnico Científico su necesidad médica; c) el Comité Técnico Científico debe analizar desde la perspectiva médica la solicitud y, en caso de autorizar el medicamento de marca, acompañar la solicitud de reembolso con la correspondiente justificación. Adicionalmente, d) de existir dicha justificación no se podrá glosar la solicitud alegando “principio activo en POS” y e) el monto a rembolsar deberá corresponder a lo que la EPS no está legal y reglamentariamente obligada a asumir de la determinación de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente”.

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

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

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

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

- a) Formato de “SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA” numerado consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente Resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad.

- 
- b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la copia del fallo.
- c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:
- (i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
  - (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
  - (iii) Código, descripción, valor unitario y total.
  - (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud.

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

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

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

- d) Certificado de semanas cotizadas al Sistema por el afiliado o beneficiario, en los casos de tutela por períodos mínimos de cotización, en los cuales se especifique la fecha de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la EPS, identificando las semanas cotizadas en el año inmediatamente anterior a la fecha del otorgamiento de la prestación ordenada en el respectivo fallo. Para estos efectos el certificado de semanas cotizadas al sistema lo emitirá la respectiva entidad administradora de planes de beneficios de acuerdo a la información reportada en sus formularios de afiliación y novedades.
- e) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:
- (i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado, como constancia de recibo por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación.
  - (ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias.
  - (iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

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

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

---

**Artículo 12º. Término para presentar las solicitudes de recobro.** Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento de lo señalado por el decreto legislativo 128 de 2010, deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el FOSYGA autorizados por el Comité Técnico Científico u ordenados mediante fallo de tutela, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de ocurrencia del evento o nacimiento de la obligación, según corresponda.

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

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el Decreto Legislativo 128 de 2010 se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

**Artículo 13º. Término para estudiar la procedencia y valor del pago de las solicitudes de recobro.** El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro, dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación.

Una vez presentada la solicitud de recobro y previo al proceso de auditoría, el día 30 del mismo mes de la radicación, el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, realizará un pago a la entidad recobrante equivalente al 50% del valor global de las solicitudes presentadas oportunamente, previa certificación por parte del encargado fiduciario de los recursos del FOSYGA y del concepto de procedibilidad del Supervisor / Interventor del mismo, sobre los valores a pagar.

Para efectos de este pago, cuando se trate de los medicamentos, el valor máximo del recobro será el menor valor entre el que consta en la factura y aquel publicado por el Ministerio de la Protección Social para el efecto en su página Web. Lo mismo se aplicará para el caso de insumos o procedimientos.

Previa certificación de procedencia de pago y concepto de procedibilidad, el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, ordenará el giro del 50% restante, una vez efectuado el proceso de auditoría integral en los plazos previstos para ello.

El pago previo a la auditoría sólo aplicará cuando se presente la autorización de descuento automático contra los resultados del proceso de compensación, suscrita por el representante legal de la entidad recobrante, el cual se deberá presentar en documento independiente, como anexo al formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo "RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO".

En todos los casos, al valor definido para el recobro, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y éste total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

---

Cuando la solicitud de recobro se presente por un valor mayor al que corresponde, por incluir prestaciones, servicios, insumos o medicamentos incluidos en el POS, se pagará sólo el valor correspondiente a las prestaciones excepcionales en salud.

**Parágrafo:** Las tarifas a las que se refiere el presente artículo solo serán aplicables a los eventos y prestaciones ocurridas con posterioridad a la publicación de la presente resolución y de los precios máximos de recobro, conforme se vayan publicando.

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

Aquellos recobros que, transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, se les vence el término de los dos (2) meses señalados en el decreto legislativo 128 de 2010 se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes.

**Artículo 15º. Causales de rechazo de las solicitudes de recobro.** Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación excepcional en salud autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el Decreto Legislativo 128 de 2010 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos correspondientes de la presente Resolución (Código 6-01).
- b) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 6-02).
- c) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-03).
- d) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-04).
- e) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-05).
- f) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico Científico (Código 1-06).
- g) Cuando el recobro no corresponde a lo facturado por el proveedor (Código 1-07) **(D 2-01)**
- h) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 1-08). **(D 2-02)**
- i) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación excepcionales en salud al paciente. (Código 1-09). **(D 2-03)**
- j) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no contiene la justificación médica (Código 1-10). **(D 2-06)**

- 
- k) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 1-11). **(D 2-09)**
  - l) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 1-12) **(D 2-10)**
  - m) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no registre el nombre del afiliado (Código 1-13). **(D 2-07)**
  - n) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 1-14). **(D 2-08)**
  - o) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 1-15). **(D 2-16)**
  - p) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro. (Código 1-16). **(D 2-17)**
  - q) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por periodos mínimos de cotización (Código 1-17). **(D2-18)**
  - r) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico se registra que el suministro del medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 1-18). **(D2-11)**
  - s) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud. (Código 1-19). **(D2-12)**
  - t) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico, no se identifica, servicio médico o prestación excepcional en salud autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado). (Código 1-20). **(D2-13)**
  - u) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud Pos que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 1-21). **(D2-14)**
  - v) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 1-22)
  - w) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-12) **(D 2-04)**
  - x) Cuando exista error en los cálculos del recobro (Código 3-01)
  - y) Cuando el porcentaje recobrado por semanas de cotización no coincida con la certificación aportada (Código 3-02)

- 
- z) Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 3-03)
  - aa) Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras (Código 3-04)
  - bb) Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de rechazo o devolución (Código 3-05)
  - cc) Cuando el recobro ya hubiese sido presentado y habiendo sido rechazado haya sido objetado por la entidad recobrante y lo vuelva a presentar, en abierta contradicción con lo establecido en el decreto legislativo 128 de 2010 y en la presente resolución. (Código 6-03)

**Parágrafo 1.** Cuando la entidad recobrante realice la acción señalada en el literal cc), deberá reconocer el valor de los gastos en el que incurra la entidad encargada de surtir el trámite de auditoría y el encargo fiduciario de los recursos del Fosyga deberá reportarlo ante la Superintendencia Nacional de Salud. Este valor será descontado en los términos de la autorización de descuento automático a la que se refiere el literal f) del artículo 9 de la presente resolución.

**Parágrafo 2.** Las causales previstas en los literales e) y f), no serán aplicables cuando se trate de cobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud y se identifica el recobro en el que obran los documentos presentados inicialmente.

**Parágrafo 3.** Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico Científico no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales r) y s) del presente artículo, cuando se trate del suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en el artículo 8º de la presente Resolución.

**Artículo 16º. Causales de aprobación condicionada de las solicitudes de recobro.** Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones en salud y fallos de tutela tendrán aprobación condicionada, por las causales y códigos se señalan a continuación:

- a) Cuando falte el certificado de existencia y representación legal de la entidad administradora de planes de beneficios, conforme a lo dispuesto en el artículo 9º de la presente resolución. (Código 7-01)
- b) Cuando falte el poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. (Código 7-02).
- c) Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivo del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. (Código 2-03).
- d) Cuando falte la certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. (Código 2-04).
- e) Cuando falte el plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados. (Código 2-05).

- 
- f) Cuando los nombres de quienes suscriben el Acta del Comité Técnico Científico no coinciden con las reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud (Código 2-06).
  - g) Cuando en el Acta falte una o más firmas de los miembros del Comité Técnico Científico (Código 2-07)
  - h) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 2-09).
  - i) Cuando al recobro no se adjunte la certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, en la cual indica a qué factura imputa el respectivo suministro y/o prestación de servicio recobrado, únicamente para lo previsto en el inciso segundo del literal c) del artículo 10, de la presente Resolución (Código 2-10).
  - j) Cuando el contenido del Acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-11) **(D 2-05)**
  - k) Cuando uno o varios de los datos contenidos en el medio magnético no corresponde a lo diligenciado en el formato físico, se atenderá a lo contenido en el físico (Código 3-06)

Para efectos de completar o actualizar la documentación, la entidad reclamante dispondrá de un plazo no mayor a un (1) mes, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante de tales causales.

Si no se completan o actualizan los documentos dentro de los términos previstos en el presente artículo, se entenderá desistida la solicitud y el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga procederá a descontarlos del siguiente proceso de compensación.

**Artículo 17º. Comunicación a las entidades recobrantes.** El resultado de la auditoría integral aplicada a las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones excepcionales en salud autorizados por el Comité Técnico Científico u ordenados por fallos de tutela debe comunicarse, por quien corresponda, al representante legal de la entidad recobrante, indicando el estado que presenta el recobro, las causales aplicadas, así como, aquellas por las cuales consideró pertinente reliquidar el valor recobrado, una vez efectuado el pago, giro o transferencia por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga. La comunicación deberá contener los siguientes requisitos formales y de fondo:

- a) Fecha de expedición de la comunicación
- b) Número de recobro y número de radicación del recobro.
- c) Código de la causal aplicada conforme al estado que se informa de acuerdo con lo previsto en la presente Resolución.
- d) El término con el que cuenta la entidad administradora de planes de beneficios para dar respuesta a lo que hubiere lugar.

A la comunicación de que trata el presente artículo, deberá anexarse medio magnético que contendrá en detalle las causales que se aplican, en la misma estructura presentada para la radicación de los recobros. Copia de estos documentos podrán remitirse electrónicamente, con el propósito de agilizar el conocimiento del tema, sin que ello permita omitir el envío ya mencionado.

---

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

**Artículo 18º. Devolución de recobros rechazados.** Dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que el Administrador Fiduciario reciba del Ministerio la ordenación de gasto, se enviará el medio físico del recobro que se rechaza o el sobrante, a la dirección que aportó el representante legal al momento del diligenciamiento de los formatos de radicación establecidos para los recobros. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

Los recobros que registren los estados aprobado y aprobado condicionado, permanecerán a cargo del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

**Parágrafo.** En el evento de que no se señalen en forma completa las causales o éstas fueren injustificadas, la entidad responsable del estudio, revisión o auditoría deberá pagar con cargo a sus propios recursos, las sumas que en exceso a lo cobrado fuere necesario pagar. Los anterior procederá una vez se haya surtido el trámite de objeción a la auditoría.

**Artículo 19º. Objeción de la entidad recobrante.** La comunicación del resultado de la auditoría, por la entidad que corresponda, en la cual se informa en qué estado se encuentra el recobro y cada uno de los datos en él contenidos, podrá ser objeto de cuestionamiento por la entidad recobrante, acudiendo ante quien emitió dicha comunicación, para que confirme o modifique su decisión inicial, acogiéndose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto por la presente Resolución.

Una vez surtido el trámite definido en el inciso anterior, en virtud de lo previsto en el artículo 20 del decreto legislativo 128 de 2010, la entidad recobrante no podrá radicarlo nuevamente.

**Parágrafo.** El documento mediante el cual la entidad recobrante expone su desacuerdo, no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los estimados en la comunicación previamente enviada y deberá incluir la objeción, si existiere, a cada una de las glosas involucradas para un mismo recobro.

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

**Artículo 20º. Oportunidad para sustentar la objeción.** Una vez efectuada la comunicación al representante legal de la entidad recobrante, contará con un término de dos (2) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato "OBJECCIÓN A LA AUDITORIA REALIZADA" que se adopta con la presente Resolución, los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida y respecto de la totalidad de las glosas informadas por cada recobro.

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

---

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

**Parágrafo.** La solicitud de "Objeción a la Auditoria Realizada" en caso de versar sobre recobros rechazados, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente Resolución, previamente ha sido entregado por parte de la entidad que corresponda.

**Artículo 21º. Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante.** El administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo y dicho recobro no podrá presentarse nuevamente de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 del decreto legislativo 128 de 2010.

**Artículo 22º. Monto a reconocer y pagar por el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA por suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones excepcionales en salud del Régimen Contributivo.** A partir del inicio de operación de la red de prestaciones excepcionales en salud, se procederá de la siguiente manera:

Cuando se trate de servicios electivos, de una prestación sucesiva, una prestación no relacionada con una atención inicial de urgencias o una prestación de urgencia y no se trate de una prestación excepcional en salud que surja de manera imprevista y repentina en el marco de una prestación incluida en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, la entidad administradora de planes de beneficios del régimen contributivo, deberán remitir la solicitud de prestaciones o servicios médicos excepcionales en salud, a Caprecom para que este le asigne el prestador de la red en el marco del convenio interadministrativo suscrito entre Caprecom y el Ministerio de la Protección Social.

Cuando Caprecom no brinde respuesta pronta a la solicitud y medien términos judiciales o de urgencia en la prestación, la respectiva entidad que corresponda deberá solicitar directamente al prestador de la red señalado en el marco del convenio interadministrativo suscrito entre Caprecom y el Ministerio de la Protección Social, la atención de las prestaciones excepcionales en salud. La entidad prestadora requerida deberá dar trámite prioritario a la solicitud presentada en dichas circunstancias.

El Ministerio de la Protección Social informará mediante publicación en la página web cada vez que esté en condiciones de proveer un medicamento y cuando inicie la operación de algunas de las formas que puedan adoptar las redes de prestaciones excepcionales en salud.

**Artículo 23º. Monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud.** El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará como se indica en el artículo 13, descontando el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras.

En ausencia de la tarifa se tendrá en cuenta el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de éste, con las siguientes especificaciones:

**a) Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud incluidos en el Pos, realizados bajo diferente tecnología.** En el evento en que en el plan de beneficios del régimen contributivo, se encuentre la prestación o servicio pero realizados con diferente

---

tecnología o vía quirúrgica, el valor por reconocer será la diferencia entre el valor facturado suministrado con esta tecnología o vía quirúrgica y el valor del servicio o prestación de salud con la tecnología o vía incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo.

Por excepción, siempre y cuando se demuestre el cumplimiento de los requisitos para la autorización prevista en el literal f) del artículo 10º de la presente Resolución, se reconocerá la diferencia del valor entre el medicamento de denominación genérica previsto en el POS y el medicamento de denominación de marca al valor señalado en el artículo 13 de la presente resolución.

**b) Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud no incluidos en los planes obligatorios de salud no tramitados por el Comité Técnico Científico y ordenados por fallos de tutela.** Cuando se trate de un recobro ordenado por un fallo de tutela, el valor por reconocer y pagar por el FOSYGA, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, que no fueron tramitados por el Comité Técnico Científico de la respectiva entidad, será el 50% del valor correspondiente.

Cuando por razones médico-científicas el Comité Técnico-Científico niega la solicitud de autorización del medicamento, servicio médico y prestación de salud ordenada por el médico tratante y la EPS y/o EOC es obligada a su prestación por fallo de tutela, el valor a reconocer y pagar será el 100% del valor correspondiente. Dicho valor se reconocerá siempre y cuando la negación por la no pertinencia médica demostrada se consigne en la respectiva Acta, y tales razones científicas fueren puestas en consideración del juez de tutela. Para estos efectos, se deberá anexar el acta del CTC como soporte del recobro.

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

Por excepción, siempre y cuando se demuestre el cumplimiento de los requisitos para la autorización prevista en el literal f) del artículo 10º de la presente Resolución, se reconocerá la diferencia del valor entre el medicamento de denominación genérica previsto en el POS y el medicamento de denominación de marca al valor señalado en el artículo 13 de la presente resolución.

En todos los casos, al valor definido para el recobro, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y éste total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

**Parágrafo:** El Ministerio de la Protección, en la publicación de la página web en la que informe el inicio de operaciones de la red de cada una de los suministros o prestaciones excepcionales en salud, indicará si las entidades administradoras de planes de beneficios

---

si procede o no el recobro de aquéllas que hubiesen sido señaladas, en los eventos diferentes a atención inicial de urgencias, atención de urgencias o prestación que surja de manera imprevista y repentina en el marco de una prestación incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

**Artículo 24º. Mecanismos para efectuar el pago de las solicitudes de recobro.** El administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, efectuará el pago de las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y fallos de tutela mediante cheque o abono en cuentas corrientes que le fueren informadas para tal efecto.

**Artículo 25º. Control, seguimiento y auditoria.** El administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que de conformidad con sus competencias, dará inicio a las investigaciones a que hubiere lugar, cuando el volumen y valor de las solicitudes de recobro superen el promedio mensual histórico de la entidad, en los últimos tres (3) meses, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios, sin que medie causa justificada para el recobro o cuando se radique un recobro en contra de lo previsto en el artículo 20 del decreto legislativo 128 de 2010.

Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, deberán diseñar un proceso permanente de auditoria y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente Resolución identificando también las variaciones en el uso de los Medicamentos no POS, por parte de cada uno de los prestadores de su redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

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

**Artículo 26º. Utilización de formatos de las solicitudes de recobro.** Los formatos de presentación de las solicitudes de recobro que se adoptan mediante la presente Resolución y que forman parte integral de la misma, serán obligatorios para las solicitudes que se radiquen a partir del 15 de marzo de 2010.

Para la presentación de las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos servicios o prestaciones de salud excepcionales en salud y de fallos de tutela ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, adóptense los formatos e instructivos correspondientes, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R)
2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1)
3. Formato firmado por el médico tratante, sobre conflictos de interés
4. Autorización del representante legal de descontar del proceso de compensación
5. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones excepcionales en salud –CTC (Formato MYT-01)
6. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02).
7. Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos o prestaciones excepcionales en salud y fallos de tutela con estado de aprobación condicionada (Formato MYT-03).

---

8. Formato objeción a la auditoria realizada (Formato MYT-04).

**Parágrafo 1º.** Los formatos adoptados en los numerales 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 del presente artículo deberán presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presente Resolución. Los formatos adoptados en los numerales 5, 6, 7 y 8 además del medio magnético deberán presentarse en medio impreso, conforme a los instructivos de cada formato.

**Parágrafo 2º.** El medio magnético de que trata el parágrafo anterior, deberá contener la firma digital del Representante Legal de la respectiva entidad administradora de planes de beneficios.

**Artículo 27º. Vigencia.** La presente Resolución rige a partir de su fecha de expedición y deroga las Resoluciones 3099, 3754, 3977, 5033 de 2008, 1099, 3876 de 2009 y demás disposiciones que le sean contrarias.

### **PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D.C., a los