


**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**RESOLUCIÓN NÚMERO 000744 DE 2012**
**( 09 ABR 2012 )**

Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones

**LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, las conferidas en el Decreto Ley 4107 de 2011 y en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en el numeral décimo noveno de la parte resolutive de la Sentencia T – 760 de 2008 y en el numeral primero de la parte resolutive del Auto 043 de 2012 de la Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional y,

**CONSIDERANDO:**

Que la Honorable Corte Constitucional en el numeral décimo noveno de la parte resolutive de la Sentencia T – 760 de 2008 ordenó al Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social que:

*“(...) adopte las medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico-Científico. (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico-Científico de cada entidad. (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y en el primero, indicando además las razones por las cuales no fue objeto de decisión por el Comité Técnico-Científico (...)”.*

Que en cumplimiento de la precitada orden, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución 3173 de 2009 *“Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios y Medicamentos por parte de las EPS y EOC del Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, modificada por la Resolución 3821 de 2009, posteriormente derogadas por la Resolución 163 de 2011.

Que la Honorable Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento en el numeral primero de la parte resolutive del Auto 043 de 2012 ordenó:

*“(...)REQUERIR al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en el término de treinta (30) días calendario, contados a partir de la notificación de esta providencia, profiera una nueva regulación en relación con los registros de servicios negados observando los lineamientos expuestos en los num. 4 y 5 de la parte motiva de la presente providencia. En el mismo término, el Ministerio enviará un informe a la Corte Constitucional en el que justifique cómo cada una de las medidas adoptadas cumple con los criterios establecidos en la orden décimo novena”.*

*Rafael*

*Rafael*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

---

Que de acuerdo con los parámetros dispuestos por la Honorable Corte Constitucional, el mecanismo diseñado para efectuar el registro de las negaciones de servicios médicos deberá contener:

- a. Los servicios de salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico Científico – CTC, así como las causas por la cuales no fueron objeto de decisión por parte de dicho Organismo.
- b. Los servicios de salud prescritos por el médico tratante y que hayan sido negados por el Comité Técnico Científico – CTC de la respectiva entidad, especificando los motivos de la negativa.

Que conforme con lo anterior, se hace necesario por una parte, diseñar y adoptar un registro que refleje la información acorde con los parámetros establecidos por la Honorable Corte Constitucional y por otra, que contenga criterios más sencillos de diligenciamiento para las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, lo que a su vez, redundará en el mejoramiento de la calidad de la información.

Que igualmente, se hace necesaria la implementación de mecanismos que faciliten la interacción de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC con este Ministerio para efectos del diligenciamiento del Registro de Negación de Servicios y presentación de la información a que refiere esta resolución.

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**Artículo 1°. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar el Registro de Negación de Servicios Médicos contenido en el anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo e implementar mecanismos que faciliten la interacción de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC con este Ministerio, para efectos del diligenciamiento de dicho registro.

**Artículo 2°. Destinatarios de la información.** Son destinatarios de la información contenida en el Registro de Negación de Servicios Médicos la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud - CRES, la Defensoría del Pueblo y la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.

24

24

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

---

**Artículo 3°. Término para el reporte de la información y procedimiento para el diligenciamiento del Registro de Negación de Servicios Médicos.** Las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, deberán remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Comisión de Regulación en Salud - CRES, a la Defensoría del Pueblo y a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o a la dependencia que haga sus veces, la información contenida en el Registro de Negación de Servicios, acompañada de la comunicación a que refiere el literal c de este artículo, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al último día de cada mes informado, registro que deberá diligenciarse acorde con la periodicidad y procedimiento establecidos en la presente resolución, así:

- a. **Diligenciamiento.** El diligenciamiento del Registro de Negación de Servicios se deberá hacer de forma mensual siguiendo los parámetros incluidos en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.
- b. **Forma de presentación de la información.** El registro deberá diligenciarse y presentarse en medio magnético, únicamente en el tipo de archivo especificado en el anexo técnico y sus instrucciones.
- c. **Comunicación adjunta y resumen de resultados.** Los medios magnéticos deberán entregarse acompañados de una comunicación suscrita por el representante legal de la entidad, como garantía de la consistencia y veracidad de la información enviada y del cumplimiento de la estructura definida en el anexo técnico.

**Artículo 4°. Corrección de Información.** En el evento en que las EPS y EOC no cumplan con los criterios para el diligenciamiento y entrega del Registro de Negación de Servicios Médicos, la información reportada será objeto de devolución para su corrección por una única vez.

Para lo anterior, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá revisar e informar a las EPS y EOC, de forma clara y concisa los errores que se presenten en un término no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del recibo de la información.

La información debidamente corregida por las EPS y EOC deberá ser presentada nuevamente a las entidades destinatarias en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, siguientes al recibo de la solicitud de corrección.

**Artículo 5°. No reporte de Información.** Se entenderá como no presentada la información del Registro de Negación de Servicios Médicos, cuando:

- a. Sea reportada de forma extemporánea.
- b. No se efectúen en debida forma las correcciones solicitadas por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

*[Handwritten signature]*  
07

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

- c. Tales correcciones sean presentadas fuera del término establecido en el artículo anterior.

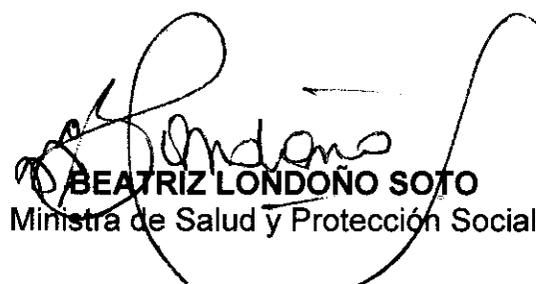
**Artículo 6° Capacitación y mejoramiento.** Este Ministerio deberá diseñar e implementar mecanismos tendientes a garantizar la calidad de la información del Registro de Negación de Servicios Médicos. Para tal efecto, deberá efectuar jornadas de capacitación a fin de instruir a las EPS, EOC al personal que tenga relación con la gestión, sobre el adecuado diligenciamiento del mencionado Registro.

**Artículo 7°. Atención a interrogantes.** Las EPS y EOC podrán plantear sus interrogantes respecto del diligenciamiento y presentación del Registro de Negación de Servicios al correo electrónico [serviciosnegados@minsalud.gov.co](mailto:serviciosnegados@minsalud.gov.co). La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces, deberá suministrar respuesta al usuario por el mismo medio electrónico en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, siguientes al recibo de la solicitud.

**Artículo 8°. Vigencia y derogatorias.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, se aplicará para el informe de negación de servicios y medicamentos del mes de mayo de 2012 y deroga la Resolución 163 de 2011.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D. C., a los 09 ABR 2012

  
**BEATRIZ LONDOÑO SOTO**  
Ministra de Salud y Protección Social

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

### ANEXO TÉCNICO

#### REGISTRO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS, EOC Y EPS-S ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS

Las EPS, EOC y EPS-S deberán enviar los archivos de acuerdo con la estructura y especificaciones que a continuación se describen:

#### DESCRIPCIÓN PARA LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS

SIGLA	DESCRIPCIÓN	LONGITUD
RNS	Registro Negación de Servicios, por parte de las EPS, EOC y EPS-S	3
PERÍODO	Período al cual pertenece el archivo en formato MMAAAA (Sin separador)	6
ENTIDAD	Código Superintendencia Nacional de Salud de la EPS, EOC y EPS-S	9
FECHA	Fecha de generación del archivo. (Formato DDMMAAAA, no se debe utilizar ningún tipo de separador).	8

#### ESTRUCTURA DEL ARCHIVO DE INFORMACIÓN GENERAL DE NEGACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS, EOC Y EPS-S

El archivo de negación de servicios está compuesto por un conjunto de registros de detalle que debe contener la información de los servicios negados

#### REGISTRO DE DETALLE DE NEGACIÓN DE SERVICIOS

Campo	Nombre del Campo	Longitud del campo	Tipo de Dato	Descripción	Valor Permitido
<b>I. DATOS DE LA ENTIDAD</b>					
1	Período Informado	6	N Numérico	Período informado de la negación de los servicios (mes y año sin utilizar separador)	MMAAAA
2	Código Entidad	9	Alfanumérico	Código Superintendencia Nacional de Salud de la EPS, EOC y EPS-S	
3	Tipo de Régimen	2	Texto	Régimen Contributivo	RC
				Régimen Subsidiado	RS

*[Handwritten signature]*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

Campo	Nombre del Campo	Longitud del campo	Tipo de Dato	Descripción	Valor Permitido
<b>II. DATOS DEL USUARIO</b>					
4	Tipo de documento de Identidad	2	Texto	Menor sin identificación	MS
				Número Único de Identificación	NU
				Registro Civil	RC
				Tarjeta de Identidad	TI
				Adulto sin identificación	AS
				Cédula de Ciudadanía	CC
				Cédula de Extranjería	CE
				Pasaporte	PA
5	Documento de Identidad	16	Alfanumérico	Número de documento de identificación del usuario.	
6	Fecha de Nacimiento	10	Fecha	Fecha de nacimiento del usuario (Día/Mes/Año. Utilizar separador)	DD/MM/AAAA
7	Tipo de Afiliación	2	Texto	Cotizante	CO
				Beneficiario	BE
				Adicional	AD
				Subsidiado Pleno	ST
				Subsidiado Parcial	SP
8	Modalidad de Atención	2	Texto	Urgencias	UR
				Ambulatorio	AM
				Hospitalario	HO
				Domiciliario	DO
<b>III. DETALLE DEL SERVICIO</b>					
9	Tipo de Servicio Solicitado	2	Texto	Medicamentos	MD
				Procedimientos	PD
				Insumos y dispositivos médicos	IN
				Actividades	AC
				Otros Servicios	OS
10	Código del servicio solicitado	23	Alfanumérico	Medicamentos: CUM	
				Medicamentos: No existe CUM	1
			Alfanumérico	Procedimientos: CUPS	
				Procedimientos: No existe CUPS	2
			Numérico	Insumos y dispositivos médicos	3
				Actividades	4
Otros Servicios	5				
11	Nombre del servicio	500	Texto	Nombre del servicio	
12	Código de diagnóstico	4	Alfanumérico	Código del diagnóstico principal	
13	Fecha de solicitud del servicio	10	Fecha	Fecha de solicitud (Día/Mes/Año. Utilizar separador)	DD/MM/AAAA



Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

Campo	Nombre del Campo	Longitud del campo	Tipo de Dato	Descripción	Valor Permitido
<b>IV. DETALLE DE LA NEGACIÓN</b>					
14	Concepto de negación del servicio	3	Texto	Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC	NTR
				Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC	NEG
15	Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)	2	Texto	El servicio solicitado es cobertura del POS	A
				El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS	B
				El usuario presenta período de mora	C
				El usuario se encuentra en Período de urgencia	D
				Traslado entre EPS	E
				Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud	F
				La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	G
				La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada	H
				Otros Motivos	I
16	Descripción Motivo Otros para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)	500	Alfanumérico	En caso de diligenciar el campo anterior concepto otros motivos, deberá describir el motivo	
17	Motivos de negación por el CTC (NEG)	2	Texto	El servicio solicitado es cobertura del POS	M
				El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS	N
				No cumple con las normas vigentes del Invima y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de Servicios de Salud	O
				La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS	P
				No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud	Q

*[Handwritten signature]*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

				tratante.	
				No existe riesgo inminente para la vida del paciente	R
				El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.	S
				La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	T
				La cobertura de otrapóliza de seguros no ha sido agotada	U
				Otros Motivos	V
18	Descripción Otros Motivos de negación por el CTC (NEG)	500	Alfanumérico	En caso de diligenciar el campo anterior concepto otros motivos, se deberá describir el motivo.	
<b>V. DATOS DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO</b>					
19	Número del Acta de CTC (NEG)	20	Alfanumérico	Indique el número del acta de CTC de negación de servicios	
20	Fecha de realización del CTC (NEG)	10	Fecha	Fecha de realización del CTC (Día/Mes/Año. Utilizar separador)	DD/MM/AAAA

### CARACTERÍSTICAS DE FORMATO.

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos, con extensión '.txt', No se aceptará otro tipo de archivo;
- Los datos de los registros deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes, exceptuando la unidad de medida del código CUPS (Campo 10);
- El separador de campos debe ser punto y coma (;) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Se utiliza el ENTER como fin de registro;
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial;
- Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles ni decimales;

*[Handwritten signature]*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

- f) Para la información registrada se debe tener en cuenta la longitud máxima de cada uno de los campos;
- g) Los datos registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios, especialmente en los campos número de identificación;
- h) Tener en cuenta que los datos que contengan cero (0), éstos no pueden ser reemplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero y viceversa;
- i) Los archivos que no cumplan con las estructuras anteriormente descritas, serán devueltos a las entidades para sus respectivos ajustes.

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO TÉCNICO DEL REGISTRO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS, EPS-S y EOC**

**I. DATOS DE LA ENTIDAD**

- 1. **PERIODO INFORMADO:** Registre el año y el mes en el cual se solicitó el servicio. No utilizar separador (MMAAAA).
- 2. **CÓDIGO DE LA ENTIDAD:** Registre el código SNS, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- 3. **TIPO DE RÉGIMEN:** Registre el régimen que maneja la entidad, contributivo o subsidiado.

**II. DATOS DEL USUARIO**

- 4. **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** Registre el tipo de documento de identificación del usuario atendido; se debe registrar el valor permitido en el anexo técnico:

Menor sin Identificación = **MS**

Número Único de Identificación = **NU**

Registro Civil = **RC**

Tarjeta de Identidad = **TI**

Adulto sin Identificación = **AS**

Cédula de Ciudadanía = **CC**

Cédula de Extranjería = **CE**

Pasaporte = **PA**

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

---

**5. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** Registre el número del documento de identificación del usuario al cual se le negó el servicio.

**6. FECHA DE NACIMIENTO:** Registre la fecha de nacimiento del usuario al cual se le negó el servicio. Hágalo en el siguiente orden: Día/Mes/Año. Para este campo utilizar para separar el signo /. (DD/MM/AAAA).

**7. TIPO DE AFILIACIÓN:** Registre el valor permitido según el anexo técnico:

Cotizante = **CO**

Beneficiario = **BE**

Adicional = **AD**

Subsidiado Pleno = **ST**

Subsidiado Parcial = **SP**

**8. MODALIDAD DE ATENCIÓN:** Registre la modalidad en la cual el usuario fue atendido según anexo técnico:

Urgencias = **UR**

Ambulatorio = **AM**

Hospitalario = **HO**

Domiciliario = **DO**

### III. DETALLE DEL SERVICIO

**9. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO:** Registre el tipo de servicio según anexo técnico:

Medicamentos = **MD**

Procedimientos = **PD**

Insumos y dispositivos médicos = **IN**

Actividades = **AC**

Otros servicios: **OS**

**10. CODIGO DEL SERVICIO SOLICITADO:** Registre el código según el tipo de servicio solicitado:

**MEDICAMENTOS:** El CUM es el código único de medicamentos y para efectos de la presente resolución deberá diligenciarse, así:

*[Handwritten signature]*  
13/07

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

- Trazador (expediente y consecutivo), y

- ATC. El código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC: acrónimo de Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system) es un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos. Este sistema fue instituido por la Organización Mundial de la Salud.

Si el medicamento no existe en el CUM, se debe registrar el código uno (1).

**PROCEDIMIENTOS:** El CUPS es el código de clasificación única de procedimientos de salud conforme a lo establecido en la Resolución 1896 de 2001.

Si el procedimiento no existe en el CUPS, se debe registrar el código dos (2).

**INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:** Este campo hace referencia a suministros, materiales de curación, equipos biomédicos, dispositivos médicos para uso humano, órtesis, prótesis. Se debe registrar el código tres (3).

**ACTIVIDADES:** Corresponde a acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos y/o tecnológicos, que no se encuentran clasificados dentro de los Medicamentos, Procedimientos, Insumos y Dispositivos Médicos y Exclusiones explícitas del POS. Se debe registrar el código cuatro(4).

**OTROS SERVICIOS:** Corresponde a las solicitudes de prestaciones de servicios no clasificadas en ninguna de las anteriores definiciones, y las cuales no son del ámbito de la salud. Se debe registrar el código cinco (5)

**11. NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITADO:** Registre el nombre del servicio negado.

**MEDICAMENTOS:** Registre el nombre del medicamento que aparece registrado ante el INVIMA. Si el medicamento no posee CUM, registre el nombre del medicamento en Denominación Común Internacional.

**PROCEDIMIENTOS:** Registre la descripción del procedimiento contenida en la Resolución 1896 de 2001. Si el procedimiento no posee CUPS, registre el nombre del procedimiento.

**INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:** Registre el nombre del: suministro, material de curación, equipo biomédico, dispositivo médico para uso humano, órtesis o prótesis, sin siglas ni abreviaturas acorde con los registrados ante el INVIMA.

**ACTIVIDADES:** Registre el nombre de la acción, operación o tarea que especifica un procedimiento de salud y el cual no se encuentra clasificado dentro de los Medicamentos, Procedimientos, Insumos y Dispositivos Médicos.

**OTROS SERVICIOS:** Registre el nombre del servicio solicitado que no corresponde al ámbito de la salud, a título de ejemplo: Artículos cosméticos, líquidos para lentes de contacto, tecnologías en salud de carácter educativo entre otros.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

**12. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO:** Registre el código internacional de enfermedades (CIE10) que corresponda al diagnóstico principal del usuario que motivó la negación.

**13. FECHA DE SOLICITUD DEL SERVICIO:** Registre la fecha en la cual se solicitó el servicio, Hágalo en el siguiente orden: Día/Mes/Año. Para este campo utilizar para separar el signo /. (DD/MM/AAAA).

#### **IV. DETALLE DE LA NEGACIÓN**

**14. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO:** Registre de acuerdo con los conceptos de negación relacionados por la orden décimo novena de la Sentencia T - 760 de 2008, así:

- "Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC": Registre NTR. Este ítem corresponde a los servicios de salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS o EOC y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico Científico – CTC.

**En el evento de seleccionar NTR deberá omitirse el diligenciamiento de los campos 17, 18, 19 y 20.**

- "Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC" : Registre NEG. Esta opción corresponde a los servicios de salud formulados por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC de la entidad.

**En caso de seleccionar NEG, se deberá omitir el diligenciamiento de los campos 15 y 16.**

**15. MOTIVO PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC.**

*Diligencie sólo si seleccionó NTR en el campo 14, es decir que el caso no fue sometido a Comité Técnico – Científico.*

**EL SERVICIO SOLICITADO ES COBERTURA DEL POS = A.**

Los medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos Médicos, actividades, se encuentran incluidos en el Acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.

**EL MÉDICO SOLICITANTE DEL SERVICIO NO PERTENECE A LA RED DE LA EPS = B.**

El Profesional que realiza las solicitudes de Medicamentos, Procedimientos, Actividades, Insumos y Dispositivos Médicos no hace parte de la red contratada por la EPS

**EL USUARIO PRESENTA PERÍODO DE MORA = C.**

Corresponde al usuario que requiere de Medicamentos, Procedimientos, Actividades, Insumos y Dispositivos Médicos y cuyos aportes al SGSSS no se han realizado en los tiempos establecidos por la normativa vigente.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

**EL USUARIO SE ENCUENTRA EN PERÍODO DE URGENCIA = D.**

Corresponde al usuario que requiere de Medicamentos, Procedimientos, Actividades, Insumos y Dispositivos Médicos y cuenta con menos de cuatro semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**TRASLADO ENTRE EPS = E.**

Hace referencia al usuario que ha solicitado cambio de aseguradora y se encuentra en trámite su traslado a la nueva entidad promotora de salud.

**CAMBIO DE RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD = F.**

Se presenta cuando el usuario ha cambiado de régimen de aseguramiento, es decir de contributivo a subsidiado o viceversa.

**LA COBERTURA DE LA POLIZA SOAT NO HA SIDO AGOTADA = G.**

Usuarios con contingencia SOAT, en donde no ha sido agotada la cobertura de tal seguro en su totalidad.

**LA COBERTURA DE OTRA POLIZA DE SEGUROS NO HA SIDO AGOTADA = H.**

Usuarios con póliza de seguros y la cobertura de la misma no ha sido agotada en su totalidad.

**OTROS MOTIVOS = I.**

Corresponde a otros motivos por los cuales no se realizó el trámite de la solicitud ante el CTC y que no corresponden a ninguna de las anteriores alternativas.

**16. DESCRIPCIÓN MOTIVO OTROS PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC.**

*Diligencie sólo si seleccionó NTR en el campo 14, es decir que el caso no fue sometido a Comité Técnico – Científico.*

En caso de diligenciar el campo 15 concepto "Otros Motivos", deberá describir el motivo. No olvide escribir en mayúsculas, sin tildes, etc.

**17. MOTIVOS DE NEGACIÓN POR EL CTC.**

*Diligencie sólo si seleccionó NEG en el campo 14, es decir que el caso si fue sometido a Comité Técnico – Científico.*

**EL SERVICIO SOLICITADO ES COBERTURA DEL POS = M.**

Medicamentos, Procedimientos, Actividades, Insumos y Dispositivos Médicos se encuentran incluidos en el acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.

**EL MÉDICO SOLICITANTE DEL SERVICIO NO PERTENECE A LA RED DE LA EPS= N.**

El Profesional que realiza las solicitudes de Medicamentos, Procedimientos, Actividades, Insumos y Dispositivos Médicos no hace parte de la red contratada por la EPS.

*[Handwritten signature]*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

---

**NO CUMPLE CON LAS NORMAS VIGENTES DEL INVIMA Y LAS REFERENTES A LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD= O.**

El Procedimiento, Actividad, Insumo y Dispositivo Médico solicitado no cuenta con la respectiva autorización para el uso o indicación por parte de las autoridades competentes en su vigilancia control.

**LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL PROFESIONAL DE SALUD ES INCOMPLETA O INSUFICIENTE O NO EXISTE DESCRIPCIÓN DE AGOTAMIENTO DE ALTERNATIVAS POS = P.**

El profesional de salud tratante no aporta información suficiente, oportuna, clara, veraz y concisa en relación con su solicitud, de igual forma no describe la utilización agotamiento, o exclusión de las alternativas contenidas en el Plan Obligatorio de Salud.

**NO EXISTE PERTINENCIA DE LA SOLICITUD REALIZADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE = Q.**

El profesional de salud solicitante no justifica la necesidad del uso del Medicamento, Procedimiento, Insumo y Dispositivo Médico, Actividad,

**NO EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA DEL PACIENTE = R.**

La necesidad del Medicamento, Procedimiento, Insumo y Dispositivo Médico o Actividad, solicitada por el médico tratante no pone en riesgo la vida del paciente.

**EL SERVICIO SOLICITADO CORRESPONDE A PRESTACIONES DE SERVICIOS NO CLASIFICADAS COMO: MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS O ACTIVIDADES Y LAS CUALES NO CORRESPONDEN AL ÁMBITO DE LA SALUD= S.**

Servicios cuya finalidad no corresponde a prestaciones necesarias para la preservación de la salud y la vida del paciente.

**LA COBERTURA DE LA POLIZA SOAT NO HA SIDO AGOTADA = T.**

Usuarios con contingencia SOAT, en donde no ha sido agotada la cobertura de tal seguro en su totalidad.

**LA COBERTURA DE OTRA POLIZA DE SEGUROS NO HA SIDO AGOTADA = U.**

Usuarios con póliza de seguros y la cobertura de la misma no ha sido agotada en su totalidad.

**OTROS MOTIVOS: V.**

Corresponde a otros motivos por los cuales se efectuó la negación por parte del CTC y que no corresponden a ninguna de las anteriores alternativas.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones"

---

**18. DESCRIPCIÓN OTROS MOTIVOS DE NEGACIÓN POR EL CTC (NEG).**

Diligencie sólo si seleccionó NEG en el campo 14, es decir que el caso si fue sometido a Comité Técnico – Científico.

En caso de diligenciar el campo 17 concepto otros motivos, deberá describir tal motivo.

**V. DATOS DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.**

Diligencie sólo si seleccionó NEG en el campo 14, es decir que el caso si fue sometido a Comité Técnico – Científico.

**19. NÚMERO DEL ACTA DE CTC:** Registre el número del acta de CTC de negación de servicios.

**20. FECHA DE REALIZACIÓN DEL CTC:** Registre la fecha en la cual se realizó el CTC (DD/MM/AAAA).

*Handwritten signature and initials*