

Título Formato de objeciones, observaciones o aportes a las nominaciones de tecnologías para posible exclusión.]

Autor / Dependencia: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas

Ciudad: Bogotá D.C.

Fecha: Febrero 2017

FORMATO DE OBJECIONES, OBSERVACIONES O APORTES A LAS NOMINACIONES DE TECNOLOGÍAS PARA POSIBLE EXCLUSIÓN Febrero de 2017 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		
Información del objeto, observador o aportador		
1	Tipo de Actor del Sistema	Aquí seleccione una opción
2	Nombre persona natural o de la entidad que objeta, observa o aporta (según corresponda)	
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	
4	Representante legal de la entidad nominadora que objeta, observa o aporta (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	
6	Dirección de correspondencia	
7	Teléfono fijo / celular	
8	Correo electrónico	

Información de la tecnología nominada para posible exclusión sobre la cual se objeta, observa o aporta		
9	Nombre de la tecnología	
10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición de salud por la cual está nominada la tecnología y sobre la cual se realiza la objeción, observación o comentario)	Ingrese el nombre de la enfermedad y si conoce el CIE-10 relaciónelo también (seleccionando una opción de la lista desplegable (puede también usar la función "Buscar").
		Ingrese el nombre de la enfermedad y si conoce el CIE-10 relaciónelo también (seleccionando una opción de la lista desplegable (puede también usar la función "Buscar").
		Ingrese el nombre de la enfermedad y si conoce el CIE-10 relaciónelo también (seleccionando una opción de la lista desplegable (puede también usar la función "Buscar").
11	Medicamento (si aplica)	Nombre del medicamento
12	Procedimiento (si aplica)	Ingrese el nombre del procedimiento y si conoce el código CUPS relaciónelo también (seleccionando una opción de la lista desplegable (puede también usar la función "Buscar").
13	Dispositivo médico (si aplica)	Ingrese nombre del dispositivo médico

14	Otro (si aplica)	Ingrese nombre
----	------------------	----------------

Información de criterios de exclusión sobre el cual se objeta, observa o aporta

	Marque con una x según corresponda	Justificación
13	a) No tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	
	b) Tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	
	c) Tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica	
	d) Su uso está autorizado por la autoridad competente	
	e) Se encuentra en fase de experimentación	
	f) No es prestado en el exterior	

Información adicional

14	Evidencia adjunta (emplee este campo para relacionar la evidencia adjuntada)	Relacione la evidencia adjunta
----	---	--------------------------------

Conflicto de interés				
		SI	No	Describe el conflicto de interés
15	Presenta algún conflicto de interés (Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés")			

Elaboración propia