

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2017****( )**

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

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

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

**CONSIDERANDO:**

Que la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos para su protección y acceso fueron regulados mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en cuyo artículo 6º se contemplaron los elementos y principios esenciales del citado derecho, del que hace parte según el literal k) el de eficiencia, en virtud del cual *“El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población”*.

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

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

Que por su parte, el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 establece que con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se

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

---

implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, y que para tal efecto *"Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine"*.

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

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

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

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

Que la Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 ordenó adoptar las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe

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

---

adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, con el objetivo primordial de garantizar el acceso efectivo a la salud de todos los colombianos, el cual está concebido desde la formulación e implementación eficiente de la atención en salud con observancia de los estándares de integralidad, continuidad y calidad.

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

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

En mérito de lo expuesto,

#### **RESUELVE:**

#### **TÍTULO I ASPECTOS GENERALES**

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC; fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento.

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

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

**1. Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades

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

---

Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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

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

**4. Entidad recobrante.** Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la ADRES, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

**5. Tecnología en salud.** Se entiende por tecnología en salud (TS) toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 6408 de 2016 o la norma que la modifique o adicione.

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

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

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

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

---

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

**10. Servicio ambulatorio no priorizado:** Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días hábiles.

**11. Servicios no financiados con recursos del Sistema de Salud:** Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; v) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

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

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

**14. Profesional de la salud par:** Es un profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerequisite para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

**15. Usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS).** Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

**16. Enfermedades Huérfanas.** Según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, las enfermedades huérfanas son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas

**17. Comparador administrativo.** Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizarán

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

---

para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro.

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

**19. Ítems de la prescripción:** Corresponde a cada servicio o tecnología en salud que se solicita en una misma prescripción.

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

**1. Profesional de la salud.** Corresponde a los profesionales de salud: i) prescribir los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ii) reportar la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico y la necesidad del usuario, en la herramienta tecnológica dispuesta para ello, independiente de si el usuario tiene o no un fallo de tutela, iii) complementar o corregir la información relacionada con la prescripción en caso de ser necesario, iv) utilizar correctamente los mecanismos de contingencia establecidos de acuerdo con lo previsto en la presente resolución v) diligenciar correctamente la herramienta tecnológica dispuesta de tal forma que los servicios o tecnologías prescritas se direccionen de acuerdo con el procedimiento establecido y vi) aplicar la demás normativa vigente y aplicable en la prescripción.

**2. Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC).** Corresponde a las EPS y EOC: i) garantizar el suministro oportuno a través de la red de prestadores definida de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud; ii) recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; iii) cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; iv) disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones; v) realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación, resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio; vi) realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia, vii) reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de los servicios o tecnologías de que trata esta Resolución y viii) establecer canales de comunicación eficientes que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud, sin que el usuario se vea afectado.

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

---

**3. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):** Es responsabilidad de las IPS: i) prestar los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS y EOC, ii) utilizar la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio para que sus profesionales de la salud prescriban dichos servicios y tecnologías, iii) brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones iv) entregar a las EPS-EOC y a la autoridad competente toda la información relacionada con el suministro efectivo de los servicios o tecnologías, v) gestionar la conformación de las Juntas de Profesionales de la salud y velar por el cargue oportuno de sus decisiones cuando aplique, vi) establecer canales de comunicación eficientes que permitan dar trámite oportuno a las solicitudes efectuadas por los profesionales de la salud, sin que el usuario se vea afectado y vii) las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

**4. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES:** Es responsabilidad de la ADRES, adelantar el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro que presenten las entidades recobrantes, cuando a ello hubiere lugar con la información que para tal efecto disponga el Ministerio de Salud y Protección Social

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

## TÍTULO II

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

#### CAPÍTULO I

#### REPORTE DE PRESCRIPCIÓN

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

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

---

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

**Parágrafo 1.** Una vez se finalice el diligenciamiento de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el aplicativo de que trata el presente artículo, asignará un número de prescripción, el cual deberá reportar la entidad recobrante en la presentación del recobro/cobro ante la ADRES.

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

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

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

**Artículo 6. Requisitos para acceder al aplicativo de reporte de prescripción.** El ingreso al aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la cual será solicitada ante este Ministerio por cada profesional de la salud, quien para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS); por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, las cuales deberán encontrarse habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); por las Entidades Promotoras de Salud (EPS); por las Entidades Obligadas a Compensar (EOC); por las entidades de inspección, vigilancia y control, por las Direcciones Territoriales de Salud y las demás que lo requieran de conformidad con el protocolo que para el efecto expida la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (OTIC).



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

---

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

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

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

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

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

**Parágrafo.** El reporte de la prescripción que realiza el profesional de la salud y por lo tanto la decisión tomada por éste, así como los datos allí consignados, no podrán ser modificados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Obligadas a Compensar (EOC) o Instituciones Prestadoras de Servicios Salud (IPS).

De manera excepcional, se podrán solicitar soportes adicionales y correcciones para efectos del suministro del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sin que ello afecte la autonomía del profesional de la salud respecto de la decisión tomada.

**Artículo 8. Tratamiento de la información.** Las entidades que deban reportar las prescripciones en la herramienta tecnológica dispuesta por este

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

---

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

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

**Parágrafo 2.** La información reportada por el profesional de la salud, será dispuesta a través de mecanismos seguros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a la ADRES y de manera agregada, a los organismos de inspección, vigilancia y control que lo requieran.

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

1. Que el servicio o la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) cubierta(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
2. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el caso de medicamentos o dispositivos o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre definida en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) en el caso de los procedimientos en salud.
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en el aplicativo.

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

---

5. Que la decisión de prescribir un servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible.

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

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

**Parágrafo 1.** Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 2º de este artículo, se podrá realizar la prescripción de medicamentos cuya indicación no cuente con registro sanitario del INVIMA, siempre y cuando la indicación para dichos medicamentos esté reportada ante este Ministerio por las Sociedades Científicas o estén incluidas en la lista UNIRS. En estos casos, será responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria, de la IPS en la que funcione la respectiva Junta de Profesionales de la Salud, los posibles desenlaces y complicaciones que se presenten por el uso de dichos medicamentos. En cualquier caso, deberá mediar el respectivo consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante. De cumplir con la totalidad de los requisitos definidos en el procedimiento previsto en este acto administrativo, serán reconocidos y pagados por la ADRES.

**Parágrafo 2.** En el evento de prescribir medicamentos de urgencia clínica, es decir aquellos que no se encuentran clasificados como vitales no disponibles, ni tienen registro sanitario otorgado por el INVIMA se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto 2200 de 2005, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el INVIMA. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la Entidad Promotora de Salud ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta. En todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.

**Parágrafo 3.** Las tecnologías y servicios en salud que requieran ser incluidos en la herramienta tecnológica de que trata la presente Resolución, deben contar con evidencia científica que demuestre su seguridad, eficacia y efectividad clínica. Adicionalmente, requieren de procesos como Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) adoptadas por este Ministerio, otros análisis y la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en GPC, Guías de Atención Integral (GAI), Normas Técnicas y protocolos no implica el reconocimiento mediante el recobro/cobro, hasta tanto

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

---

se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión explícita realizada por la autoridad competente.

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

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual dejará constancia en su historia clínica y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas y de ser necesario la información bibliográfica que sustente su decisión.
2. Comunicar al paciente con claridad el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC servicios y tecnologías en salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en la presente resolución.
3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: i) Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el INVIMA o quien haga sus veces o, ii) Hacer parte del listado construido con el reporte realizado por las Sociedades Científicas o, iii) Hacer parte de la lista UNIRS o iv) corresponder a medicamentos sin registro sanitario para primeros o segundos usos que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.
4. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.
5. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se deberá indicar el procedimiento en el cual se utilizará, cuando haya lugar a ello.
6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la

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

---

Codificación Única de Procedimientos -CUPS, definida en las Resoluciones 4678 de 2015 y 5975 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

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

8. De acuerdo con lo previsto en el numeral 3 de este artículo, la prescripción de medicamentos cuya indicación no se encuentre incluida en el registro sanitario que otorga el INVIMA, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados, previo concepto de la Junta de Profesionales de la Salud. Adicionalmente, en la historia clínica del paciente debe reposar copia del consentimiento informado firmado correspondiente.

Igual procedimiento aplicará para el caso de medicamentos sin registro sanitario para primeros o segundos usos que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles.

9. Para los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se consideran armonizadas las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se considerará para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica, por lo tanto, no serán objeto de reporte por las Sociedades Científicas ni harán parte del listado UNIRS.

10. La prescripción de medicamentos de control especial que no se encuentren incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, debe realizarse de conformidad con la Resolución 1478 de 2006 y demás normas que la adicionen modifiquen o sustituyan. Para efectos del reporte en la herramienta tecnológica de que trata la presente Resolución, si se requiere un medicamento de control especial por tiempo sucesivo se realizará el reporte por el tiempo que el profesional de la salud indique, sin que se requiera transcripción mensual en la mencionada herramienta.

11. Cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud y servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, medicamentos con fines de analgesia, anestesia y sedación, los mismos se entenderán incluidos en dicha atención, por lo cual no será necesario diligenciar la herramienta tecnológica descrita en la presente Resolución.

**Artículo 11. Prescripciones de servicios o tecnologías complementarias.**

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

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

---

1. La prescripción que realice el profesional de la salud de estos servicios o tecnologías, se hará únicamente a través del aplicativo de que trata este acto administrativo.
2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin.
3. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la presente resolución y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores, para lo cual quien efectúa la prescripción deberá aportar la información de la historia clínica para el análisis del caso.
5. Cuando se trate de prescripciones de servicios o tecnologías complementarias para pacientes con enfermedades huérfanas cuyo diagnóstico se encuentre confirmado no requerirán Junta de Profesionales de la Salud.
6. Cuando se trate de prescripción de pañales y la cantidad requerida para un mes de tratamiento sea igual o menor a 120 unidades (pañal), contabilizados por usuario, no se requerirá del análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud. La entidad responsable del asegurado, deberá controlar el suministro de dichas cantidades de forma mensual, independiente del número de prescripciones por usuario que se hayan registrado en el aplicativo.

**Parágrafo transitorio:** En caso de tratarse de prescripciones realizadas entre el 1 diciembre de 2016 y 31 de agosto de 2017, siempre y cuando cumplan el requisito del numeral 5 o el tope mencionado en el numeral 6 del presente artículo, deberán suministrarse si a la fecha no se ha garantizado la entrega efectiva y si la respectiva Junta de Profesionales no se pronunció en los 5 días hábiles que tenía previsto para ello.

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

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

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

---

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

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

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

5. Cuando se trate de prescripciones de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con enfermedades huérfanas cuyo diagnóstico se encuentre confirmado, no requerirán Junta de Profesionales de la Salud.

**Parágrafo transitorio:** En caso de tratarse de prescripciones realizadas entre el 1 diciembre de 2016 y 31 de julio de 2017, siempre y cuando cumplan el requisito mencionado en el numeral 5, deberán suministrarse si a la fecha no se ha garantizado la entrega efectiva.

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

1. La prescripción podrá efectuarse hasta por un término máximo de tres (3) meses. Si la respuesta al tratamiento es favorable, el profesional de la salud determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.

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

3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por el aplicativo de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del

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

---

asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.

4. Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prescritas de forma ambulatoria pero cuyo suministro debe realizarse de forma hospitalaria, podrá diligenciarse la solicitud en el aplicativo como servicio ambulatorio tanto priorizado como no priorizado.

5. La prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC tendrá una vigencia para ser reclamada por el usuario, una vez la EPS y EOC informe de la fecha y lugar para recibir el suministro efectivo, de quince (15) días calendario para el servicio ambulatorio priorizado, de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio y en el caso de procedimientos de noventa (90) días calendario. La entidad responsable del afiliado deberá informar oportunamente a sus usuarios los datos ya mencionados acerca del prestador asignado para el suministro de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de conformidad con los tiempos definidos en el presente acto administrativo, de lo contrario, no aplicará el tiempo para que el usuario reclame el servicio o tecnología requerida.

**Artículo 14. De las prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria.**

Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito hospitalario de atención, ya sea internación, domiciliario o urgencias deberá tener en cuenta lo siguiente:

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

2. En caso de servicios hospitalarios con internación en institución o domiciliaria, la prescripción se podrá realizar registrando en el aplicativo lo que el profesional de la salud requiera en el momento que sea necesario, por el tiempo y cantidades que estime para dicha estancia hospitalaria, teniendo en cuenta como tiempo máximo para registrar las solicitudes la fecha de egreso hospitalario. En caso de que se presenten excedentes en cuanto a las cantidades prescritas por el profesional de la salud, la evidencia de entrega para efectos del recobro ante la ADRES, se realizará contra lo efectivamente suministrado y por lo tanto facturado.

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



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

---

4. Cuando se trate de prescripciones para el egreso hospitalario, se debe tener en cuenta lo siguiente: i) si corresponde a prescripciones necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento posterior al egreso hospitalario, el profesional de la salud deberá seleccionar el ámbito hospitalario – internación en la herramienta tecnológica de que trata la presente Resolución, y podrá generar la solicitud hasta por un mes de tratamiento, ii) si un usuario requiere continuar tratamiento en hospitalización domiciliaria, el profesional de la salud de la IPS que efectúa el egreso deberá seleccionar el ámbito de atención hospitalario – domiciliario para efectuar el plan de manejo de los servicios y tecnologías no cubiertos en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin, iii) una vez, el proveedor de la atención domiciliaria esté realizando la prestación de los servicios y requiera ajustar o cambiar el plan de manejo, serán sus profesionales de la salud quienes efectúen las prescripciones en la herramienta tecnológica señalada, usando el ámbito de atención domiciliaria.

5. Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud no haga parte de la red de prestadores del asegurador y se requiera atención de urgencias e incluso posterior a ello, se defina la hospitalización del usuario se podrá utilizar el ámbito de atención de urgencias desde el ingreso hasta el egreso hospitalario, siempre y cuando se informe a la entidad responsable del asegurado tal condición, para efectos del reporte en el aplicativo de que trata la presente Resolución.

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

**Parágrafo 1.** Cuando la prescripción de los servicios y tecnologías en salud de que trata el presente acto administrativo se realice por un profesional de la salud que presta sus servicios a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, ésta será igualmente responsable de acuerdo con el marco normativo enunciado.

**Parágrafo 2.** Las EPS e IPS podrán adelantar actividades propias de la auditoría médica a los profesionales de la salud para retroalimentarlos con el objetivo de mejorar la prescripción y atención a los pacientes. En caso de identificar situaciones en donde la prescripción tenga errores, se encuentre incompleta o le falte información, se informará tal situación al profesional de la salud para que realice las modificaciones que de acuerdo con su autonomía considere pertinentes.

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

---

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

**Parágrafo 4.** Los casos en los cuales se identifique que el profesional de la salud no respondió cabalmente las preguntas de seguridad para realizar la prescripción, se reportarán trimestralmente a las Sociedades Científicas correspondientes para el respectivo análisis académico de acuerdo con las competencias de los pares profesionales.

**Artículo 16. Imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Únicamente cuando se presenten circunstancias tecnológicas y aquellas relacionadas con la afiliación e identificación del usuario, que imposibiliten el acceso al aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario que este Ministerio defina para el efecto.

Si la prescripción se realiza por un profesional de la salud que pertenece a una Institución Prestadora de Servicios, ésta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito, máximo dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes, contadas a partir de la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, éste será quien realice dicho trámite.

**Parágrafo 1.** El profesional de la salud deberá entregar al usuario el formulario mencionado en el presente artículo, debidamente diligenciado y éste será equivalente a la orden o fórmula médica y no deberá utilizarse por circunstancias distintas a las previstas, es decir situaciones tecnológicas y de afiliación o identificación.

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

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

**Parágrafo 4:** El formulario de prescripción que defina este Ministerio para lo señalado en el presente artículo, no podrá diligenciarse para solicitar servicios o tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC diferentes a las señaladas en el aplicativo a que hace alusión este acto administrativo.

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

---

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

En todo caso, la IPS deberá garantizar mediante su proceso de auditoría interna la calidad del diligenciamiento de las prescripciones realizadas por sus profesionales de la salud y disponer de los mecanismos necesarios para tal fin, de tal forma que se eviten retrasos en el suministro al usuario de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

**Artículo 18. Solicitudes de anulación de prescripciones realizadas.** En caso excepcional, de requerirse la anulación de una prescripción generada en el aplicativo, ésta deberá ser solicitada por el profesional de salud que la realizó inicialmente mediante el aplicativo, y será tramitada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, quien la hará efectiva a través del delegado que designe para tal efecto, en un tiempo máximo de setenta y dos (72) horas después de solicitada. Es necesario tener en cuenta que al solicitar la anulación, ésta se realiza para todos los ítems prescritos dentro de la misma.

En cualquier caso, el profesional de la salud que haya realizado la prescripción y solicite su anulación, manifestará de forma expresa el motivo por el cual se requiere y la IPS encargada de hacerla efectiva deberá consultar con la Entidad responsable del asegurado que la misma no haya sido suministrada; en caso de que la EPS haya realizado el suministro efectivo no podrá anularse.

**Artículo 19. Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones.** Cuando se presenten circunstancias tecnológicas y aquellas relacionadas con la afiliación e identificación del usuario, que imposibiliten el acceso al aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, los profesionales de la salud realizarán la prescripción de manera excepcional en el formulario que este Ministerio expida para tal fin, de forma manual o electrónica. La entidad responsable del afiliado deberá realizar la transcripción de la prescripción, una vez reciba la copia de dicho formulario, en el módulo del aplicativo dispuesto para ello en un término no superior a veinticuatro (24) horas, lo cual podrá realizarse por los profesionales de la salud en enfermería o química farmacéutica debidamente registrados en el ReTHUS.

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

---

## CAPÍTULO II

### JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

**Artículo 20. Juntas de Profesionales de la Salud.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio, de medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios (UNIRS) o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas a este Ministerio y validados por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de la Entidad.

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

**Artículo 21. Obligación de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud.** La obligación que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prestación de servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. Las IPS que entregan medicamentos, soportes nutricionales o dispositivos no cubiertos, así como aquellas que los administran, aplican o colocan, y las que realicen procedimientos sin cobertura por dicho Plan, independientemente de su complejidad técnica, deben conformar las Juntas de Profesionales de la Salud.

**Artículo 22. De los integrantes de las Juntas de Profesionales de la Salud.** Las Juntas de Profesionales de la Salud estarán conformadas por al menos tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser profesional par del prescriptor.

**Parágrafo 1.** Las Juntas de Profesionales de la Salud que evalúen medicamentos que se encuentren reportados por las Sociedades Científicas con indicaciones no incluidas en el registro sanitario o que hagan parte de la lista UNIRS, deberán ser conformadas en su totalidad por médicos y uno de ellos debe ser par del médico prescriptor.

**Parágrafo 2.** Las Entidades Promotoras de Salud no podrán exigir a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud actas de constitución o integración de sus Juntas, toda vez que las mismas se realizarán con la disponibilidad de personal que exista en dichas Instituciones, el cual deberá, en cualquier caso, garantizar la realización oportuna de las mismas.

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

---

**Artículo 23. Responsabilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).** La IPS que deba conformar la Junta de Profesionales de la Salud de acuerdo con la obligatoriedad establecida en la presente Resolución, le corresponderá:

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

**Artículo 24. Criterios de análisis de la Junta de Profesionales de la Salud.** Cuando los profesionales de la salud realicen solicitudes de servicios o tecnologías en salud complementarias, de soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las Sociedades Científicas, o de aquellos del listado UNIRS, mediante el aplicativo dispuesto para ello, las Juntas recibirán la solicitud y tendrán en cuenta al analizar cada caso, en particular, los siguientes criterios:

1. La correlación de la solicitud efectuada con la condición clínica del paciente.
2. El servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular.
3. La solicitud del servicio o tecnología a realizar se preste en el territorio colombiano.
4. La solicitud de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis.
5. El servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país.
6. En caso de tratarse de medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS, que exista el consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante.
7. La pertinencia clínica de las cantidades prescritas o ajustes de las mismas.

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

**Parágrafo 2.** Cuando por errores en el diligenciamiento del aplicativo el profesional de la salud direcciona un servicio a análisis de la Junta de Profesionales de Salud, y esta no se requiera, ya que no corresponde a servicios o tecnologías en salud complementarias, de soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las Sociedades Científicas, o de

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

---

aquellos del listado UNIRS contenidas en el aplicativo, se deberá reportar el desistimiento en dicha herramienta.

**Artículo 25. Tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud:**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar la decisión de la Junta, en los siguientes términos:

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

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

Si en el aplicativo se reporta un desistimiento de la realización de la Junta, el cual solo aplica de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 24 de la presente resolución, la entidad responsable del afiliado deberá garantizar el suministro efectivo de dicha prescripción.

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

**Artículo 26. Contenidos del acta de las Juntas de profesionales de la salud.**

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

1. Fecha de elaboración.
2. Número de acta. El consecutivo de las mismas lo determina la Institución Prestadora de Servicios de Salud que realiza la Junta.
3. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
4. Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades – CIE 10.
5. Nombre o descripción del servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los de la lista UNIRS, prescrita por el profesional de la salud.
6. Si se trata de un servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS, indicar si es una prestación única o sucesiva.
7. La justificación médica, técnica y de pertinencia emitida por la Junta acerca del uso del servicio o tecnología prescrita.
8. La decisión de la Junta, es decir: i) aprobación, ii) ajustes en las cantidades prescritas siempre y cuando éstas se efectúen por debajo de lo solicitado, o iii) negación.

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

---

**9. Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta.**

**Parágrafo.** Cuando se determine que el servicio o tecnología prescrita no requiere Junta de Profesionales de Salud, por una inconsistencia en el diligenciamiento realizado por el profesional de la salud, no se requiere acta de dicha Junta. En estos casos, el Secretario Técnico de la Junta deberá reportar esta situación en el aplicativo.

**Artículo 27. Comunicación de la decisión y obligación de reportarla.** La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, sin perjuicio del diligenciamiento en físico del acta correspondiente en los casos en que aplique, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo de prescripción previsto en esta resolución, en las siguientes veinticuatro (24) horas a la sesión de la Junta, la decisión adoptada ya sea de aprobación, ajuste, desistimiento o negación, para que se genere el respectivo número de prescripción.

**Parágrafo 1.** Las IPS delegarán el registro de la decisión tomada por la Junta de Profesionales de Salud en el módulo del aplicativo de que trata la presente resolución. Para esto, crearán una Secretaría Técnica al interior de la misma, la cual será representada por un profesional de la salud debidamente inscrito en el ReTHUS.

Dicha Secretaria Técnica también podrá registrar la decisión de desistimiento de que trata el parágrafo 2 del artículo 24 de la presente Resolución sin que medie la reunión de la Junta.

**Parágrafo 2.** Las IPS deberán entregar a través del medio más expedito a las EPS y EOC las actas de las Juntas de Profesionales de la Salud de cada paciente, en un término no mayor a setenta y dos (72) horas, en caso de no cumplirse el tiempo de decisión, de comunicación y entrega de dicha información a las mencionadas entidades se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 28. Periodicidad de las decisiones de la Junta de Profesionales de la Salud.** En los casos en los cuales se trate de una prescripción que requiere análisis de la Junta de Profesionales de la Salud, y la misma deba ser prescrita varias veces en el mismo año u ordenada de forma sucesiva por el profesional de la salud, dicha Junta emitirá su decisión a través de un único concepto anual. En ningún caso la autorización y concepto favorable podrá ser por tiempo indefinido.

**Artículo 29. Cobro de la Junta de Profesionales de la Salud.** Las IPS que de acuerdo con lo previsto en esta Resolución, tengan la obligación de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, no procederán el cobro de su realización, ya que hacen parte de la integralidad de la prestación del servicio, y por lo tanto las prescripciones realizadas por los profesionales que dichas IPS tienen a su servicio, deben reafirmarse o negarse de acuerdo con sus pares como parte de la responsabilidad de conceptuar frente a los servicios que requieran análisis individual.

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

---

**Artículo 30. Elaboración de protocolos y guías.** Las IPS que presten servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y que por lo tanto deban conformar Juntas de Profesionales de la Salud, generarán a partir de los conceptos emitidos para los distintos servicios analizados, doctrina a partir de la cual elaboren protocolos y guías, que serán remitidas al Ministerio de Salud y Protección Social para su análisis.

Una vez realizados y avalados los mencionados protocolos y guías por parte de este Ministerio serán remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud para que sean evaluados en el marco de sus competencias y de ser avalados por éstas entidades, las IPS deberán aplicarlos sin que sea necesario la conformación de Juntas para esos casos.

**Artículo 31. Prescripciones en caso de usuarios con fallos de tutela.** Cuando el profesional de la salud prescriba cualquiera de los servicios que requieren análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud y se trate de un usuario con fallo de tutela que da cobertura a estos de forma expresa o por integralidad de la atención, no requerirá análisis por parte de dicha Junta. La EPS a cargo del afiliado será responsable de informar a la IPS respectiva del desistimiento de la realización de dicha Junta y, por lo tanto, deberá proceder con el suministro efectivo.

En el evento en que el fallo de tutela ordene cobertura de servicios de forma expresa o por integralidad de la atención y éstos no se encuentren prescritos por el profesional de la salud, la Entidad Promotora de Salud-EPS deberá ingresar la solicitud en el módulo de fallos tutelados del aplicativo dispuesto por este Ministerio a fin de garantizar el cumplimiento de la orden judicial en su totalidad.

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

### CAPÍTULO III

#### **GARANTÍA DEL SUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES POR SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC**

**Artículo 32. Garantía del suministro.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), consultarán el aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito por el profesional de la salud, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción de servicios o tecnologías que requieren análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud, en cuyo



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

---

caso la autorización estará dada por ésta y en el evento de ser aprobado o ajustado en cantidad deberá suministrarse.

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

**Parágrafo 2.** Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que deben ser analizadas por la Junta de Profesionales de la Salud y la entidad responsable del afiliado identifique que la IPS responsable reportó el desistimiento de dicha Junta de acuerdo con la presente Resolución, deberá garantizar el suministro efectivo.

**Parágrafo 3.** Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que deben ser analizadas por la Junta de Profesionales de la Salud y la entidad responsable del afiliado identifique que la IPS no ha realizado el reporte en el aplicativo de la decisión, y el caso corresponda a lo mencionado en el parágrafo 2 del artículo 24, deberá realizar el suministro efectivo al día inmediatamente siguiente de acuerdo con el tiempo previsto en el artículo 25 de la presente Resolución.

**Artículo 33. Suministro efectivo.** Corresponde al hecho cierto de la entrega de los servicios o tecnologías en salud no cubiertos por la UPC, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las cuales deberán: i) verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, ii) implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, iii) garantizar el suministro efectivo de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC a los usuarios sin trámites adicionales y, iv) garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones.

Así mismo, son responsables de garantizar el suministro efectivo, las IPS y proveedores cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) les direccionen el usuario para la correspondiente atención o entrega, sin trámites adicionales.

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

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

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

---

**Artículo 34. Información a los usuarios del suministro.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar las condiciones tecnológicas, administrativas y operativas indispensables para informar oportunamente a los afiliados a quienes se les haya prescrito servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la fecha, dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado.

En el evento en que la Junta de Profesionales de la Salud no apruebe un servicio o tecnología analizado, la EPS responsable del afiliado, deberá contactarlo para comunicarle la decisión, entregando copia de la respectiva acta de la Junta de Profesionales que tomó la decisión, para lo cual es indispensable la entrega oportuna de dichos soportes por parte de la IPS responsable de la Junta a la respectiva EPS y EOC. En caso de incumplimiento se comunicará a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias.

**Artículo 35. Tiempos de suministro.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar el suministro efectivo al afiliado del servicio o la tecnología en salud no cubierta con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

**1. Ambulatorio no priorizado:** Cuando el profesional de la salud realice la prescripción en el ámbito de atención ambulatoria no priorizada, las EPS y EOC contarán con cinco (5) días calendario a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud para prestar al usuario el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en su red de prestadores a fin de garantizar su oportuno suministro.

**2. Ambulatorio priorizado:** Tratándose de una solicitud ambulatoria priorizada, contará con máximo un (1) día calendario a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud para prestar al usuario, el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC en su red de prestadores.

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

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

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

---

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

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

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

**Parágrafo 4.** Para todos los efectos se deberá tener presente lo señalado en el artículo 13 de esta Resolución.

**Artículo 36. Reporte del Suministro.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán reportar a este Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo del servicio o tecnología prescrito por el profesional de la salud, así:

1. Cuando se trate de servicios ambulatorios el reporte del suministro efectivo se podrá efectuar cada ocho (8) días, mediante los mecanismos tecnológicos dispuestos por este Ministerio para dicho reporte. Para este efecto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros proveedores entregarán a la respectiva entidad responsable del afiliado la información necesaria para el mencionado reporte con una periodicidad semanal.

2. Cuando se trate de servicios hospitalarios el reporte del suministro efectivo se podrá efectuar en el momento en que se radica la facturación a la entidad responsable del afiliado.

3. Cuando la prescripción del profesional de la salud no requiera análisis de la Junta de Profesionales de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 24 y la IPS responsable de la Junta no haya reportado el desistimiento en el aplicativo, la entidad responsable del asegurado deberá realizar el suministro efectivo, el día inmediatamente siguiente al vencimiento de los tiempos previstos para la decisión de la Junta de Profesionales, situación que registrará en el mencionado reporte de suministro.

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

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

---

### TÍTULO III

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

**Artículo 37. Documentos generales para la presentación de recobros/cobros.** Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la ADRES o la entidad que esta defina, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados tanto de los servicios o tecnologías en salud cubiertas como de las no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable.

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

**Artículo 38. Documentos para el proceso de verificación de los recobros/cobro.** Además de los documentos generales de presentación de recobros/cobros previstos en el artículo anterior, para efectos de la verificación, las entidades recobrantes deberán radicar su solicitud junto con los siguientes documentos:

1. Formatos de solicitud de recobro que para el efecto establezca la ADRES.
2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
3. Documento soporte donde se evidencie la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

**Artículo 39. Requisitos esenciales para la etapa de auditoría integral.** Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que, por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por la ADRES, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

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

---

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho.
2. La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para dicha fecha.
3. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela
4. El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.
5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez.
6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos
8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente.

**Artículo 40. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud.** Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud, donde se solicite el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, además de los documentos de que tratan los artículos 37 y 38 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de que trata el artículo 5 de la presente Resolución, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recobro.
2. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro/cobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:
  - a) Si se trata de un medicamento:
    - i) Reportarlo en CUM, ii) Identificar la opción terapéutica que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito, cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, mediante la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), iii) Registrar de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, los campos asociados

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

---

al medicamento que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, **iv)** Si el medicamento recobrado tiene comparador administrativo, deberá reportar en CUM de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, e indicar el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), los demás campos asociados a dicho comparador deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

b) Si se trata de un procedimiento:

**i)** Identificar el o los procedimientos que se utilizaron o descartaron en el tratamiento prescrito, cubierto(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS). En todo caso, los demás campos asociados al procedimiento deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, **ii)** Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente, en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

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

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

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

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

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

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

---

5. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos, deberá registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el sistema de información establecido por el Decreto 1954 de 2012 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

6. La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la información que considera relevante en dicho proceso.

**Artículo 41. Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de tutela.** Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 37 y 38 de la presente Resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

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

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

3. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:
  - a) Si se trata de un medicamento:
    - i) Reportarlo en CUM, ii) Identificar la opción terapéutica que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito, cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, mediante la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), iii) Registrar de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, los campos asociados al medicamento que se utilizó o descartó en el tratamiento prescrito

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

---

cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, **iv)** Si el medicamento recobrado tiene comparador administrativo, deberá reportar en CUM de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, e indicar el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), los demás campos asociados a dicho comparador deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

b) Si se trata de un procedimiento:

**i)** Identificar el o los procedimientos que se utilizaron o descartaron en el tratamiento prescrito, cubierto(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS). En todo caso, los demás campos asociados al procedimiento deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada, **ii)** Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente, en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

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

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

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

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

**5.** Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea ordenada por fallo de tutela, la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud o servicio solicitado, que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente, la cual deberá reportarse por un médico de la entidad recobrante en el aplicativo de que trata el artículo 5 de la presente resolución. Lo anterior aplica para los casos en los cuales el profesional de la salud no haya generado la prescripción en la herramienta tecnológica de que trata la presente Resolución, al no considerarlo



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

---

parte del tratamiento, caso en el cual para dar cumplimiento al fallo de tutela la entidad responsable del asegurado deberá ingresar el servicio o tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC al aplicativo previsto en esta Resolución.

En caso de que el profesional de la salud prescriba en la herramienta tecnológica los mencionados servicios, y la justificación no sea suficiente para efectos del recobro, en la relación del nexo causal de la solicitud realizada por el profesional con el fallo de tutela y su cobertura, la entidad responsable del asegurado deberá diligenciar el aplicativo web para completar la información. o anterior no implica devoluciones al profesional de la salud que realizó la prescripción para ampliación de la justificación en relación con los fallos de tutela.

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

**6.** Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir con los requisitos esenciales establecidos en el artículo 35 de la presente Resolución, deberá registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el sistema de información establecido por el Decreto 1954 de 2012 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya

**7.** La entidad recobrante podrá allegar copia de la historia clínica como parte de la información complementaria a tener en cuenta en el proceso de auditoría integral, señalando el número de folio en donde se encuentra la información que considera relevante en dicho proceso.

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

**Artículo 42. Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente.** La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá especificar:

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

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

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

---

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

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

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

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

**Parágrafo 1.** Las entidades recobrantes deberán realizar la agrupación del recobro/cobro por afiliado o usuario por cada período de radicación.

En caso de que se facturen servicios o tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC a un mismo afiliado, en diferentes prestadores o proveedores, la entidad recobrante deberá presentar las solicitudes de recobro/cobro de dicho afiliado agrupadas por el prestador o proveedor.

Los recobros/cobros que hayan sido objeto de anulación por incumplir lo previsto en el parágrafo 1º del Artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016 podrán ser presentados nuevamente por las entidades recobrantes siempre y cuando se acrediten los requisitos previstos en este acto administrativo.

A las solicitudes recobros/cobros radicados a la fecha de expedición de esta Resolución, que no hayan concluido el proceso de auditoría integral, se les aplicará las reglas previstas en este acto administrativo respecto al agrupamiento.

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

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

---

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

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

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

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

#### TÍTULO IV

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

**Artículo 43. Etapas del proceso de verificación y control.** Las solicitudes de recobro/ cobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las siguientes etapas:

1. Pre-radicación
2. Radicación
3. Pre-auditoría
4. Auditoría Integral
5. Pago

#### CAPÍTULO I

#### ETAPA DE PRE-RADICACIÓN

**Artículo 44. Objeto de la Etapa de Pre-Radicación.** El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales que pudieren estar cursando.

**Artículo 45. Iniciación de la etapa de pre-radicación.** Esta etapa inicia con el registro vía web que efectúa la entidad recobrante respecto de la información

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

---

correspondiente a cada solicitud de recobro/cobro, en el sistema y con las instrucciones que para el efecto implemente e imparta la ADRES.

**Parágrafo.** El registro de la información por parte de las entidades recobrantes se realizará de acuerdo con el cronograma que adopte la ADRES.

**Artículo 46. Validación de la información registrada.** La ADRES validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

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

**Parágrafo.** La ADRES, previa coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá utilizar la información reportada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS para verificar la atención que se solicite en el recobro/cobro.

**Artículo 47. Resultados de la validación.** La validación de la información registrada por la entidad recobrante podrá generar los siguientes resultados:

1. El ingreso del recobro/cobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información supera todas las validaciones, generando automáticamente los formatos de solicitud de recobro los cuales contendrán los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (solicitudes del profesional de la salud y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada, los cuales deberán ser suscritos por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda.
2. El ingreso del recobro/cobro a la etapa de radicación con alertas: Se presenta cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas, las cuales se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los formatos de solicitud de recobro que correspondan.
3. El no ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.

**Artículo 48. Finalización de la etapa de pre-radicación.** La etapa de pre-radicación finaliza satisfactoriamente cuando la entidad recobrante dispone de los formatos de solicitud de recobro que correspondan para la radicación.

Los formatos de radicación de las solicitudes de recobros que corresponda, podrán ser presentados de manera impresa o magnética, suscritos por el

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

---

representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda; este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

## **CAPÍTULO II ETAPA DE RADICACIÓN**

**Artículo 49. Objeto de la etapa de radicación.** El objeto de esta etapa es presentar ante la ADRES, los Formatos solicitud de recobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético a que refiere la presente Resolución, según corresponda.

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

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

**Artículo 50. Presentación de los soportes.** Los soportes de las solicitudes de recobro/cobro podrán presentarse en medio magnético o impreso, conforme a las especificaciones técnicas definidas por la ADRES.

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

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

## **CAPÍTULO III ETAPA DE PREAUDITORÍA**

**Artículo 51. Objeto de la etapa de pre auditoría.** El objeto de esta etapa es verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales de que trata el Artículo 35.

**Artículo 52. Cotejo de información y su resultado.** Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de recobro/cobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, la ADRES o la entidad que esta defina, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

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

---

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

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

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

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

#### **CAPÍTULO IV ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL**

**Artículo 53. Objeto de la etapa de auditoría integral.** El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.

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

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

---

**Artículo 54. Resultado del proceso de auditoría integral.** El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro será:

1. Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tendrá las siguientes variables:

a. Aprobado total: Cuando todos los ítems del recobro/cobro cumplan con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

b. Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro/cobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado/cobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.

c. Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro/cobro.

2. No aprobado: Cuando la totalidad de ítems del recobro/cobro no cumplan con los requisitos señalados en la presente Resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

## CAPÍTULO V

### COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTEGRAL

**Artículo 55. Comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes.** El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro/cobro se comunicará por la ADRES o la entidad que esta defina, al representante legal de la entidad recobrante, así:

1. Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación, mediante correo enviado a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante.

2. En documento físico que se enviará al domicilio informado por la misma, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. Se conservará copia de la constancia de envío.

**Artículo 56. Contenido de la comunicación.** La comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes deberá contener la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.

2. Número que identifica el mes y el año (paquete que contiene las solicitudes de recobro).

3. Resumen de la información de cantidad y valores de recobros/cobros por estado, régimen y tipo de radicación.

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

---

4. Medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría, indicando:

- a. Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- b. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- c. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
- d. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.

**Artículo 57. Objeción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría.** La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

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

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

**Artículo 58. Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría.** Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

La corrección deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes



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

---

del recobro/cobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría.

En todo caso se presentarán en los formatos definidos para tal fin por la ADRES.

**Artículo 59. Imposibilidad de realizar nuevas radicaciones como mecanismo de objeción o subsanación.** Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de las mismas, deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos de que tratan los artículos anteriores y deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.

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

**Artículo 60. Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada.** La ADRES o la entidad que esta defina, dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación del correspondiente documento. El pronunciamiento que se efectúe, se considerará definitivo.

## **TÍTULO V TÉRMINOS Y PLAZOS**

**Artículo 61. Término para la presentación de las solicitudes de recobro/cobro.** Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro/cobro ante la ADRES o la entidad que esta defina, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

**Artículo 62. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro/cobro.** Las entidades recobrantes deberán radicar las solicitudes de recobro/cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo con el cronograma, condiciones y cupos que establezca la ADRES.

La ADRES podrá establecer los cupos mensuales de radicación de recobros para cada entidad recobrante. Dichos cupos de radicación, se podrán

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

---

establecer en función de los históricos relacionados con cantidades y valores de recobro, número de usuarios, tipo de recobros, régimen y los demás parámetros que se consideren relevantes para fijarlos.

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

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

**Artículo 63. Plazo para adelantar las etapas del proceso de pre auditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente.** La ADRES o la entidad que esta defina, deberá llevar a cabo las etapas de pre auditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro/cobro.

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

**Artículo 64. Días habilitados para la radicación de las objeciones y subsanaciones.** El período habilitado para la radicación de las objeciones y subsanaciones de los resultados de auditoría corresponderá a los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones y subsanaciones que cumplan los dos (2) meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.

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

**Parágrafo transitorio.** Las solicitudes de recobros/cobros que, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 3951 de 2016, debían ser objetadas o subsanadas por las entidades recobrantes en los períodos de radicación de mayo a agosto de 2017 y que por efecto de la transición entre el FOSYGA/ADRES no se hayan radicado oportunamente, se hayan anulado o rechazado por causas atribuibles al sistema de información, podrán presentarse por una única vez en los períodos de radicación de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2017.

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

---

## TÍTULO VI PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO

**Artículo 65. Financiación.** De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud se financiarán con los recursos apropiados para el efecto, en el presupuesto de recursos administrados de la ADRES.

**Artículo 66. Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros/cobros.** La ADRES efectuará a más tardar el octavo (8) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral a favor de las entidades recobrantes de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante, conforme con la metodología que para el efecto defina la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES.

**Parágrafo.** El giro de los recursos de los que trata el presente artículo, estará sujeto al Plan Anual Mensualizado de Caja -PAC, por lo cual los recursos a girar, serán determinados de acuerdo con el flujo de ingresos y gastos derivados de la ejecución del proceso de compensación de que trata el artículo 2.6.1.1.1 y siguientes del Decreto 780 del 2016. Cuando los recursos disponibles resulten insuficientes respecto al monto total del giro previo, la ADRES ordenará el gasto y autorizará el giro hasta por el monto disponible, priorizando el giro a la red prestadora de servicios.

**Artículo 67. Requisitos para el giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.** El giro de recursos previo al proceso de auditoría integral procederá únicamente cuando la entidad recobrante cumpla los siguientes requisitos:

1. Allegue autorización suscrita por su representante legal para deducir de los pagos que deba efectuar la ADRES por cualquier concepto, los montos insolutos, cuando el valor aprobado en el proceso de auditoría integral de las solicitudes de los recobros/cobros resulte inferior al giro previo.

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

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

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

---

El valor de los recursos de giro previo será distribuido por las entidades recobrantes de manera proporcional al valor de las solicitudes radicadas mensualmente de cada proveedor, una vez le informe a la ADRES.

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

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

**Parágrafo.** Las entidades recobrantes para acceder al giro de recursos de manera previa a la auditoría integral, deberán remitir los documentos señalados en el presente artículo en los términos y formatos que para el efecto establezca la ADRES.

**Artículo 68. Entidades exceptuadas de la medida de giro previo.** Las entidades recobrantes que se encuentren incurso en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento en salud, no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.

**Artículo 69. Monto a reconocer y pagar por recobro/cobro de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** El monto a reconocer y pagar por recobros/cobros de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se determinará sobre el precio de compra al proveedor, considerando los valores de reconocimiento o los precios de medicamentos regulados, según aplique, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

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

- a) El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos cubiertos en dicho Plan utilizados o descartados.
- b) Cuando el medicamento no cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC recobrado tenga establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

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

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

---

Valor Calculado =  $P * Q$ , en donde:

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

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

- c)** Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
- d)** No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.
- e)** Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la ADRES reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, en el evento que el valor facturado sea mayor al precio máximo, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social; el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
- f)** Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, la ADRES reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social; el valor de la cuota moderadora o copago que las Entidades Promotoras de Salud hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
- g)** Los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que sean objeto de compra centralizada no serán reconocidos y pagados por la ADRES, cuando se trate de usuarios que inician el tratamiento por primera vez o que requiriendo usar más de un ciclo de tratamiento, éste se encuentre en su inicio.

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

---

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

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

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

- a) El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.
- b) Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.
- c) No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico o prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

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

- a) El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología o vía de acceso cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, considerando el principio de eficiencia consagrado en la Ley 1751 de 2015 y según determine este ministerio.
- b) Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del Manual Único Tarifario para la facturación de los servicios de salud.
- c) Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su

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

---

Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

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

**Parágrafo 1.** Cuando el valor solicitado del servicio o el tratamiento con la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, calculado por evento o per cápita sea menor o igual al monto calculado por evento o per cápita para su respectivo comparador administrativo, se deberá entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro/cobro.

**Parágrafo 2.** En el proceso de auditoría integral que adelante ADRES o la entidad que esta defina, se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 3.** Cuando se trate del reconocimiento de tecnologías en salud o servicios cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC como consecuencia de una complicación por el uso o aplicación de una tecnología no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, será necesario relacionar la factura que dio origen a la atención inicial no cubierta y por lo tanto no será necesario diligenciar las solicitudes a través del aplicativo web de que trata la presente Resolución.

**Artículo 70. Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas con reliquidación.** La ADRES o la entidad que esta defina, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro/cobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro/cobro.
2. Cuando el valor recobrado de los servicios o las tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea superior al valor máximo que se determine.
3. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.

**Artículo 71. Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas parcialmente.** La ADRES o la entidad esta defina, pagará parcialmente la solicitud del recobro, cuando se configure alguna de las siguientes causales:

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

---

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

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

**Artículo 72. Procedencia de giro a proveedores de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Las entidades recobrantes que se acojan a la excepción prevista en el numeral 6 del artículo 42 de la presente Resolución, podrán autorizar el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato debidamente diligenciado, mediante el cual, el representante legal de la entidad recobrante autoriza a la ADRES, a girar al proveedor en nombre de la entidad recobrante, los recursos a que refiere este artículo, a la cuenta bancaria que el proveedor haya registrado.

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

**Parágrafo.** La autorización a que refiere el numeral 1º de este artículo, será remitida en el formato que para el efecto establezca la ADRES.

## TÍTULO VII DIVERGENCIAS RECURRENTE

### CAPITULO I PRESENTACIÓN

**Artículo 73. Definición.** Se entiende por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social (FOSYGA, actualmente ADRES), respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.

**Artículo 74. Requisitos para la solicitud del trámite de la divergencia recurrente.** Los requisitos que deben observar las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de trámite de divergencia recurrente, son los siguientes:



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

---

1. La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y este Ministerio (FOSYGA, actualmente ADRES), respecto de glosas que hayan sido aplicadas a recobros en más de un período de radicación.
2. Las entidades recobrantes, solicitarán, describirán y sustentarán la diferencia conceptual, soportada fácticamente y con criterios objetivos de carácter técnico y/o legal en los formatos que determine la ADRES.
3. La solicitud de divergencia recurrente deberá ser presentada por las entidades recobrantes a más tardar dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de la primera notificación del rechazo o devolución del recobro.

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

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

**Artículo 75. Trámite y procedimiento de la divergencia recurrente.** Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causa, la ADRES, adelantará el siguiente procedimiento:

1. Confirmará que la solicitud radicada para el trámite por una diferencia conceptual se presenta por una entidad recobrante y el FOSYGA/ADRES, respecto de glosas aplicadas a recobros en más de un período de radicación.
2. Verificará que la solicitud cumpla con los requisitos previstos en el artículo 74 de la presente resolución.
3. Consultará el criterio de auditoría mediante el cual se resuelva la divergencia recurrente, para lo cual, deberá tener en cuenta los conceptos que emitan las dependencias o entidades del Gobierno Nacional que tengan funciones afines con los asuntos presentados en la solicitud.
4. Cuando se resuelva una divergencia recurrente a favor de la entidad que presentó la solicitud, tanto esta como las demás entidades recobrantes que presenten la misma situación que fue objeto de decisión, podrán radicar las solicitudes de recobro, en los períodos que establezca la ADRES.
5. Se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría integral a los recobros objeto de la divergencia recurrente, costo que será asumido por las entidades recobrantes.

**Parágrafo.** El Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios

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

---

en Salud con cargo a la UPC, tomará las decisiones relacionadas con el trámite que se establece en el presente artículo.

**Artículo 76. Requisitos generales para la radicación de solicitudes de recobros objeto de divergencia recurrente.** Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por la ADRES, las entidades recobrantes, presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y archivos de que trata la presente Resolución, y cumplir los siguientes requisitos:

1. Allegar los formatos que para el efecto se establezcan por la ADRES, los cuales deben cumplir con lo señalado en el artículo 3º del Decreto 1865 de 2012.
2. Adjuntar los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que en específico hayan estado vigentes a la fecha en que se consolidó el hecho que generó la obligación.
3. Adjuntar copia de la comunicación mediante la cual se informó la glosa, rechazo o devolución del correspondiente recobro.
4. Cuando se trate de recobros que hacen parte de un proceso judicial, se deberá adjuntar debidamente diligenciado el Formato que la ADRES defina para tal efecto.

**Artículo 77. Requisitos adicionales para recobros presentados por divergencias recurrentes que hagan parte de procesos judiciales en curso.** Las entidades recobrantes que radiquen recobros que hagan parte de procesos judiciales en curso, además de los requisitos establecidos en los artículos del presente capítulo, deberán allegar:

1. Manifestación escrita del representante legal en la que se indique que las pretensiones relacionadas con el pago de dichos recobros, así como las accesorias y subsidiarias a las mismas, serán objeto de desistimiento en los términos del artículo 314 de la Ley 1564 de 2012. En dicha declaración se debe relacionar la identificación del despacho judicial y el número de radicación del proceso a que corresponden cada uno de los recobros presentados, incluyendo en todo caso, la fecha de radicación de la correspondiente demanda.
2. Auto admisorio de la demanda proferido por la autoridad Judicial correspondiente o en su defecto, acta individual de reparto o escrito de la demanda en el que se evidencie el sello de recibido, impuesto por la respectiva oficina judicial. En todos los casos, en el documento allegado deberá evidenciarse el número del proceso, la autoridad judicial y la entidad recobrante.
3. Manifestación expresa de que los documentos originales que soportan los recobros presentados inicialmente se encuentran bajo la custodia de la autoridad judicial, en caso de allegarse copias.

**Parágrafo 1.** Para evidenciar la fecha de interrupción del término de caducidad de los recobros que se encuentran incluidos en procesos judiciales, las entidades

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

---

recobrantes deberán diligenciar para cada consolidado, el Formato que defina la ADRES y adjuntarlo al momento de la radicación.

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

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

**Artículo 78. Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro.** La ADRES o la entidad que esta defina, deberá adelantar el estudio de las solicitudes de recobro objeto de la divergencia recurrente e informar a la entidad recobrante el resultado del mismo dentro de los tres (3) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 2.6.1.1.3.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016 y en la presente resolución.

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

**Artículo 79. Consecuencias de la no aprobación de las solicitudes de recobros.** Los elementos, ítems y valores de los recobros que no sean aprobados en la auditoría integral realizada a las solicitudes radicadas en uso de la medida de que trata el presente capítulo, podrán ser presentados nuevamente, por una única vez, siempre y cuando no haya operado el fenómeno de la caducidad.

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

## CAPÍTULO II

### COMITÉ DE DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

**Artículo 80. Miembros.** El Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está conformado por los siguientes miembros:

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

---

1. El Viceministro de Protección Social o su Delgado;
2. El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado;
3. El Director de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud – ADRES.
4. El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones.
5. El Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
6. El Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud.
7. El Director Jurídico.

**Artículo 81. Funciones.** Las funciones del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son las siguientes:

1. Definir los lineamientos y criterios técnicos para el reconocimiento de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, que se pagan con cargo a los recursos de la ADRES.
2. Definir los lineamientos y criterios técnicos sobre el reconocimiento de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que deben incluirse en el manual de auditoría de recobros.
3. Definir si la solicitud de divergencia recurrente cumple con los requisitos generales previstos en la normativa vigente, para el inicio de su trámite.
4. Analizar y definir el criterio de auditoría que resuelva la solicitud de divergencia recurrente.
5. Autorizar la radicación de las solicitudes de recobro, cuando la decisión que resuelva la divergencia recurrente sea favorable a las entidades recobrantes. El periodo de radicación será definido por la ADRES.
6. Darse su propio reglamento.

**Artículo 82. Secretaría Técnica.** La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por el Director de Otras Prestaciones de la ADRES y ejercerá las siguientes funciones:

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

---

1. Citar a los miembros del Comité a las sesiones ordinarias y extraordinarias.
2. Elaborar el orden del día de cada reunión y remitirlo a los miembros del Comité.
3. Distribuir entre los miembros del Comité las solicitudes, documentos técnicos y conceptos que sirvan de soporte a los temas que se tratarán en cada sesión con 8 días de antelación a la citación.
4. Asistir a las reuniones del Comité, elaborar las actas de cada sesión y hacer seguimiento a las decisiones o compromisos adquiridos para verificar su cumplimiento.
5. Rendir los informes que le sean solicitados.
6. Administrar el archivo de los documentos del Comité.
7. Las demás que le sean asignadas por el Comité.

**Artículo 83. Reuniones y toma de decisiones.** El Comité se reunirá previa convocatoria de la secretaría técnica con mínimo tres (3) días de anticipación y sesionará de forma presencial o virtual a través de medios electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros del Comité.

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

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

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

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

## TÍTULO VIII

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

**Artículo 84. Integración de datos al SISPRO.** Los datos consolidados a partir del aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se integrarán por medio de las herramientas, estructuras y procesos que para tal fin tenga el SISPRO y estarán almacenadas en la Bodega de Datos del mismo, donde se integrarán, complementarán y dispondrán para los análisis, estudios e investigaciones científicas que requiera el país.

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

---

**Artículo 85. Requerimientos y solicitudes de información.** El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de canales y medios para recibir y responder las solicitudes de datos e información de acuerdo con la normatividad vigente, relacionadas con el reporte, suministro, reconocimiento, pago y análisis de la información de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

**Artículo 86. Disponibilidad de la información.** Los canales digitales y electrónicos que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el acceso, consulta y difusión de la información, son los siguientes:

- 1. Sitio web del SISPRO:** Permite hacer consultas de información sobre los asuntos más frecuentemente buscados.
- 2. Sitios web para consultas predefinidas:** Permiten acceder a información y consultas de datos específicas, solicitados por actores del sistema.
- 3. Sitios web temáticos:** Dispone de consulta de datos e información correspondiente a los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud (ROSS); al Análisis de Situación de Salud (ASIS) y, a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)
- 4. Cubos en línea:** Permite hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del SISPRO
- 5. Repositorio Institucional Digital (RID):** Permite acceder a la información bibliográfica y documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, indicadores epidemiológicos y demográficos.

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

**Artículo 87. Salidas de información a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará y dispondrá de boletines y salidas de información predefinidas de forma estadística para sistemas de alerta, comportamientos, tendencias e indicadores y las publicará mediante los canales de que trata el artículo 86 de la presente Resolución.

**Artículo 88. Indicadores.** El Ministerio de Salud y Protección Social publicará y mantendrá actualizado el catálogo, las fichas y las estimaciones de los indicadores disponibles a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En caso de requerirse un indicador no incluido en el catálogo de indicadores, la persona o institución interesada deberá solicitarlo a este Ministerio, especificando la definición de lo que desea estimar, el o los indicadores que permiten aproximarse a la estimación y la justificación.

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

---

**Artículo 89. Desarrollo de estudios e investigaciones.** El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá, estimulará y apoyará el uso de los datos generados a partir del reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para realizar estudios e investigaciones, convocará a la comunidad científica y académica y facilitará la publicación de los resultados de los estudios e investigaciones.

**Artículo 90. Propiedad Intelectual.** El Ministerio de Salud y Protección Social será el propietario intelectual de la información disponible en los medios digitales y electrónicos de que trata la presente Resolución y como tal, deberá reconocerse en todo producto que use la información, reconociendo al SISPRO como fuente y al canal del Ministerio por medio del cual se accedió a los datos, información o documentos.

## TÍTULO IX DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 91. Servicios brindados a las víctimas de que trata la ley 1448 de 2011.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), tramitarán por el procedimiento de recobro/cobro previsto en la presente Resolución, los servicios de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima o su grupo familiar.

**Artículo 92. Fijación de períodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros.** La ADRES en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, períodos de radicación diferentes a los establecidos en la presente Resolución o ampliar los aquí previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin.

**Artículo 93. Formatos, anexos técnicos y metodologías para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.** Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, la ADRES definirá los formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro.

**Artículo 94. Control y seguimiento.** La ADRES o la entidad que esta defina, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes de recobro/cobro superen en un 20%, el promedio mensual del último año o cuando se presenten recobros/cobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Las entidades recobrantes en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia

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

---

médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente Resolución, identificando las variaciones en el uso de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

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

**Artículo 95. Régimen Subsidiado.** El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, podrá ser adoptado por las entidades territoriales, evento en el cual este Ministerio brindará la asistencia técnica que se requiera para el efecto

**Artículo 96. Movilidad entre regímenes.** Cuando exista movilidad del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo, los servicios que hayan sido autorizados por el Comité Técnico Científico serán válidos y en cualquier caso la entidad responsable del asegurado deberá garantizar la continuidad en el suministro. De igual forma, cuando la movilidad se presente del Régimen Contributivo al Subsidiado, la entidad responsable del asegurado garantizará el suministro con el número de prescripción automática que da el aplicativo de que trata la presente resolución.

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

**Artículo 97. Reporte de información relacionada con las indicaciones de los medicamentos, no incluidas en los registros sanitarios otorgados por el INVIMA.** Las Sociedades Científicas reportarán a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de este Ministerio, la información relacionada con las indicaciones de los medicamentos no incluidas en los registros sanitarios otorgados por el INVIMA, que se consideran necesarios para salvaguardar la vida de los pacientes, durante los primeros cinco (5) días de cada mes.

El Ministerio de Salud y Protección Social clasificará las indicaciones solicitadas por la correspondiente Sociedad Científica, de acuerdo con la evaluación sobre su seguridad y efectividad para un segundo uso, en donde se podrán dar los siguientes resultados: **i)** Emitir concepto favorable o **ii)** emitir concepto No favorable, caso en el cual, los medicamentos no se reconocerán ni pagarán para la indicación evaluada.



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

---

Las prescripciones de medicamentos en la indicación reportada por la correspondiente Sociedad Científica que aún no hayan sido evaluadas por este Ministerio, es decir, que aún no hagan parte del listado UNIRS, se reconocerán y pagarán por la ADRES, siempre y cuando se acredite el cumplimiento de los demás requisitos definidos en el procedimiento establecido en este acto administrativo.

**Artículo 98. Reporte de prescripción en el aplicativo web para planes voluntarios de salud.** Las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo pueden tener en cuenta el concepto del profesional de la salud que prescribió una tecnología en virtud de la atención dada por el plan voluntario de salud, y de ser necesario en función del principio de complementariedad y concurrencia, validar dichas solicitudes e ingresar al usuario por la ruta de atención obligatoria del régimen contributivo para brindar los servicios de salud de acuerdo con el modelo de aseguramiento de éste régimen, siempre y cuando esos servicios o tecnologías en salud no estén bajo la cobertura del plan voluntario de salud, ya que en ese caso la financiación está dada por la cobertura de dicho plan y por lo tanto no serán objeto de recobro ante la ADRES.

**Artículo 99. Vigencia y derogatoria.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Se deroga la Resolución 5395 de 2013 y las demás que la modifiquen, salvo lo previsto en el título II de la Resolución 5395 de 2013, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC suministradas a los afiliados del régimen subsidiado, así como las resoluciones 3951 y 5884 de 2016 y 532 de 2017, a partir de la publicación del presente acto administrativo.

#### **PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Bogotá D.C., a los

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social